TITRES ET TRAVAUX

DE

Paul THIÉRY

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ DE PARIS

PARIS

ASSELIN ET HOUZEAU

LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—

1895

TITRES SCIENTIFIQUES (1)

Externe des hôpitaux (1884).
Interne des hôpitaux (1886).
Aide d'anatomie (1886).
Prosecteur à la Faculté (1889).
Docteur en médecine (1890).
Chef de clinique chirurgicale (1892).

Lauréat de l'École de Poitiers (1[er] prix, médaille d'argent) (1882).
Mention honorable et médaille de bronze de l'Assistance publique (trachéotomie et insufflation directe) (1887-1889).
Lauréat de la Faculté. Prix de thèse, médaille d'argent (1890).
Lauréat de l'Académie de médecine (Prix Laborie) (1890).
Mention honorable de l'Institut (1890).
Officier d'Académie (1890).
Mission scientifique en Écosse, Danemark, Suède et Norvège (1890).
Membre de la Société anatomique.

(1) Nous avons divisé notre exposé en trois parties :
1° Titres scientifiques.
2° Enseignement.
3° Travaux scientifiques.

TABLE ANALYTIQUE

Pages.
Enseignement 11

PUBLICATIONS

I. — Anatomie.

Note sur trois cas de valvules de la muqueuse préputiale 23
Sur les rapports anatomiques du pli fessier 24
De la polythélie. Statistique et théorie embryogénique 24
Malformation singulière de la voûte palatine d'origine congénitale 25

II. — Médecine.

Note sur un cas de gangrène pulmonaire 26
Note sur un cas de trichinose observé à Paris 26
De la valeur de la recherche des bacilles dans le diagnostic des affections tuberculeuses 26
Kystes crétifiés des muscles, probablement d'origine parasitaire 27

III. — Recherches de laboratoire.

Des effets physiologiques de l'adonidine 28
De la recherche de la glycose dans les urines par l'acide picrique 28
De la présence du sucre dans le liquide hydrocéphalique 28

IV. — Chirurgie.

A. — Chirurgie générale.

Administration du chloroforme 29
Contribution à l'étude de quelques procédés de respiration artificielle .. 29
Remarques sur un nouveau cas de rappel à la vie par la trachéotomie : suivie d'insufflation 29

Pages.
Précis d'assistance aux opérations........ 31
Lymphangite et érysipèle.. 31
Remarques relatives à l'étude de l'érysipèle dans l'état puerpéral....... 31
Métastase purulente de l'anthrax... 32
Remarques sur les néoformations d'origine inflammatoire consécutives à la présence des corps étrangers dans les tissus..................... 32
Traitement des brûlures superficielles par la solution saturée d'acide picrique.. 33

B. — Études sur les tuberculoses chirurgicales.

De la tuberculose chirurgicale. Suites immédiates et éloignées de l'intervention. Traitement pré et post-opératoire......................... 33
Suites immédiates des interventions chez les tuberculeux............... 38
Remarques sur le pronostic éloigné des tuberculoses chirurgicales...... 38
Cure radicale des fistules ossifluentes tuberculeuses et traitement des ostéoarthropathies fongueuses suppurées...................... 39
Traitement des synovites fongueuses et à grains riziformes de la paume de la main par l'extirpation totale des gaines........................ 40
Contribution à l'étude de la tuberculose locale du cæcum............. 41
Ulcération tuberculeuse de la langue guéric par l'iodoforme et l'acide lactique..... 41
Tuberculose mammaire chez l'homme...................................... 41
Quelques accidents imputables aux injections d'éther iodoformé. Des moyens de les éviter 42

C. — Chirurgie du crane, du cerveau et de la face.

De la suture dans les plaies de tête.. 42
Coup de feu dans l'oreille (Fracture du rocher par).................... 42
Contusion bipolaire oblique du cerveau. Trépanation.................. 43
Remarques et faits cliniques relatifs à l'opération du trépan............ 43
Remarques complémentaires relatives à la trépanation dans le traitement des épanchements sanguins paraduremériens.................. 43
Nouvelle contribution à l'étude de la trépanation dans les cas douteux de compression ou de contusion cérébrales.......................... 43
Cinquième note relative aux indications et contre-indications de la trépanation.. 43
Prothèse immédiate après résection du maxillaire inférieur............ 44

D. — Chirurgie de la poitrine et de l'abdomen.

Pages.
Plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen. Hémopneumothorax... 44
Deux cas d'échec de la laparotomie exploratrice........................ 44
Technique de l'anus iliaque artificiel : choix du procédé................ 45
Deux observations de cancer de l'intestin avec phlegmon pyostercoral. 45
Kystes hydatiques multiples de l'abdomen et cancer de l'estomac et de l'utérus.. 46
Des fistules biliaires consécutives à l'opération de la cure radicale des kystes hydatiques.. 46
Corps étrangers de la cavité péritonéale. Extirpation. Guérison......... 47
Orifice herniaire anormal du grand oblique. Aponévrorrhaphie. Guérison. 47
Occlusion intestinale par bride péritonéale. Laparotomie. Guérison..... 48
Appendicocèle inguinale. Étranglement. Kélotomie. Guérison.......... 48
L'appendice iléo-cæcal et ses hernies.. 48
La perforation intestinale comme complication de la contusion herniaire. 50
Rupture de l'estomac par cause indirecte.................................... 50

E. — Maladies vénériennes.

Contribution à l'étude du diagnostic des chancres vénériens............ 51
Traitement chirurgical du chancre syphilitique non compliqué........... 51
Du traitement abortif de la syphilis par l'excision du chancre............ 52
Essai de traitement des plaques muqueuses hypertrophiques par les applications de tannin.. 52
Traitement de la blennorrhagie par les injections d'huile iodoformée.... 53
Essai de traitement méthodique de la blennorrhagie régulière chez l'homme.. 53
Traitement de l'orchite blennorrhagique par la teinture d'anémone...... 54
La pulvérisation phéniquée dans le traitement de l'orchite blennorrhagique.. 54
Essai de traitement méthodique de l'orchite blennorrhagique............ 55
Contribution à l'étude du traitement des lésions sous-préputiales....... 55

F. — Maladies des organes génito-urinaires de l'homme.

Note sur un cas de tuberculose du testicule à début aigu.................. 55
Tumeur à tissus multiples du testicule.. 56

Pages.
Hématocèle traumatique du scrotum 56
De l'emploi de la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée 56
De l'anesthésie par la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle 56
Remarques sur les accidents imputables à l'anesthésie par la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle 56
Cancer de la vessie et absence congénitale du rein gauche 57
Note sur plusieurs concrétions phlébolithiques du plexus recto-vésical. 58
Modification à l'opération du phimosis 58
Circoncision 58
De la circoncision chez l'adulte. Manuel opératoire 58

G. — Maladies des organes génito-urinaires de la femme.

Note sur un kyste inguinal chez la femme 59
Tuberculose rénale et utérine 59
Des kystes du parovaire avec persistance du canal de Gœrtner 59
Kyste hématique à myéloplaxes du ligament large 60

H. — Chirurgie des membres.

Essai de traitement méthodique et rationnel des ulcères de jambe 60
Tumeurs néoplasiques des doigts 61
Traitement des verrues par la médication interne 62
Dilatation ampullaire de la fémorale. Difficultés du diagnostic. Complications 62
Note sur une affection non décrite du derme sous-unguéal 63
Du durillon sous-unguéal. Signes et diagnostic 63

I. — Chirurgie des os.

Thérapeutique des maladies osseuses 64
De l'ecchymose dans les fractures des métatarsiens 64
Valeur séméiologique de l'ecchymose dans les fracturés des métatarsiens 64
Étude expérimentale de la traction par les poids dans le traitement des fractures du fémur par l'extension continue 65
Confection des appareils plâtrés 66

Pages.

Contribution à l'étude de l'incision exploratrice dans le diagnostic topographique des sarcomes périostiques.... 66

Tuberculose osseuse.... 66

Considérations sur le traitement de l'ostéomyélite des os longs.... 66

J. — Chirurgie articulaire.

Note sur la pathogénie des corps étrangers organiques des articulations. 67

Tumeurs blanches.... 67

Traitement préventif de l'ankylose blennorrhagique par l'arthrotomie précoce.... 67

De l'arthrotomie précoce dans le traitement de l'arthrite blennorrhagique du poignet.... 68

Arthrotomie transrotulienne.... 68

Des arthrotomies transosseuses.... 68

Traitement des luxations anciennes par les méthodes sanglantes.... 69

V. — Publications diverses.

Leçons cliniques de M. le professeur Tillaux.... 70

Cliniques chirurgicales de la Pitié et de la Charité.... 70

Le four crématoire de Göteborg (Suède).... 70

Le personnel médical subalterne dans les hôpitaux scandinaves.... 71

ENSEIGNEMENT

Depuis un certain nombre d'années il s'est établi dans les divers hôpitaux, à côté de l'enseignement officiel de nos maîtres et sous leurs auspices, un enseignement bénévole que justifient le nombre croissant des élèves et la nécessité pour les plus jeunes de s'initier aux rudiments de la chirurgie et des diverses branches de la science médicale.

Tous nos maîtres ont accueilli et encouragé ces tentatives, et la plupart des services offrent, à côté des leçons magistrales du Professeur, l'enseignement plus modeste de leurs assistants. Déjà préparés à l'enseignement par les conférences d'externat et d'internat que tous ils ont dirigées, les chefs de clinique se sont efforcés d'être utiles aux élèves qui fréquentent les hôpitaux le soir, en faisant des conférences pratiques dont ils peuvent retirer les meilleurs avantages.

Ce genre d'études nous a particulièrement attiré, et nous avons pensé devoir en faire mention dans l'exposé de nos titres : autant que les publications, ces leçons représentent des heures de travail profitables et des plus fructueuses pour le conférencier et pour les auditeurs ; c'est à ce titre que nous signalons cet enseignement auquel nous avons consacré beaucoup de temps. Nous devons remercier nos maîtres qui ont toujours donné à ces leçons l'appui bienveillant de leur autorité, et les nombreux élèves qui nous ont fait l'honneur de suivre nos leçons et ont bien voulu croire en tirer quelque profit.

A. — Leçons d'histologie normale, d'histologie pathologique et de bactériologie faites a l'hopital du Midi (1886).

Dès l'année 1886, grâce aux encouragements de M. le professeur Farabeuf et aux facilités que nous a données M. Humbert, notre

cher maître, pour établir un laboratoire dans son service, nous avons pu faire très régulièrement des conférences d'histologie qu'ont suivies une trentaine d'élèves.

Chaque leçon était suivie d'une présentation de pièces histologiques, fixées sur des microscopes nombreux et accompagnées d'un schéma colorié avec indication des principales particularités de la préparation. Voici le programme de ces conférences faites en vingt-neuf séances :

Histologie normale.

Ire *leçon.* Lymphe. Sang.
IIe — Tissus épithéliaux. Tissu nerveux.
IIIe — Tissus cartilagineux et osseux.
IVe — Tissu musculaire.
Ve — Glandes. Vaisseaux.
VIe — Conjonctive. Sclérotique. Cornée. Développement de l'œil.
VIIe — Choroïde. Cristallin. Corps vitré.
VIIIe — Rétine. Organes du goût.
IXe — Organes olfactifs. Organes de l'ouïe.
Xe — Peau. Poils. Ongles.
XIe — Glandes de la peau. Terminaisons nerveuses.
XIIe — Organes génitaux de la femme.
XIIIe — Organes génitaux de l'homme.
XIVe — Reins. Uretères. Vessie.
XVe — Bouche. Dents. Glandes salivaires. Œsophage.
XVIe — Estomac. Intestin grêle. Gros intestin. Pancréas.
XVIIe — Appareil respiratoire. Ganglions lymphatiques. Organes lymphoïdes.

Histologie pathologique.

XVIIIe *leçon.* Classification des tumeurs.
XIXe — Sarcomes. Fibromes. Myxomes. Lipomes.
XXe — Chondromes. Névromes. Ostéomes.
XXIe — Myomes. Papillomes. Adénomes.
XXIIe — Carcinomes. Épithéliomes. Tumeurs diverses. Kystes.

Bactériologie.

XXIIIe *leçon.* Historique. Botanique. Répartition des micro-organismes.
XXIVe — Technique générale des colorations.
XXVe — Technique des cultures.

XXVI[e] *leçon*. Blennorrhagie. Érysipèle. Ostéomyélite.
XXVII[e] — Pneumonie. Syphilis.
XXVIII[e] — Tuberculose.
XXIX[e] — Applications de la bactériologie à la clinique.

Cette dernière partie, nécessairement incomplète, représente les notions certaines de la microbiologie à cette époque (1886).

B. — CONFÉRENCES D'ANATOMIE DESCRIPTIVE ET TOPOGRAPHIQUE FAITES A L'ÉCOLE PRATIQUE (1886-1891).

Ce sont les leçons pratiques que nous avons faites pendant les nombreuses années que nous avons passées à l'École pratique sous la direction de M. le professeur Farabeuf, puis de M. Poirier, chef des travaux, soit en qualité d'aide d'anatomie (1886-1887-1888-1889), soit comme prosecteur (1889-1890-1891).

Pendant cette dernière année nous avons eu l'honneur de devenir le prosecteur de MM. les professeurs Farabeuf (anatomie), Tillaux (médecine opératoire) et Lannelongue (pathologie externe) dont nous avons pu suivre et le précieux enseignement et les recherches.

C. — CONFÉRENCES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE ÉCOLE PRATIQUE (1889-1892).

Outre les leçons de médecine opératoire classique qui, d'après les règlements de l'École, incombent au prosecteur, nous avons pu, avec l'assentiment de M. le Doyen, de M. le professeur Farabeuf et de M. le D[r] Poirier, agrégé chef des travaux, instituer des conférences d'un ordre spécial. On nous permettra, pour en rendre compte, de reproduire (1) le rapport que nous avons rédigé sur ce sujet :

Monsieur le Doyen,

Après avoir quitté l'École pratique, j'ai l'honneur d'attirer votre bienveillante attention sur l'enseignement de médecine

(1) Avec l'autorisation de M. le Doyen.

opératoire spéciale que j'ai officieusement donné au cours des leçons de médecine opératoire que j'ai faites en qualité de prosecteur.

Frappé de ce fait que si les élèves recevaient un enseignement complet en ce qui concerne les opérations classiques dites d'examen et de concours (amputations et ligatures) ils n'étaient point, d'autre part, initiés *à la pratique des opérations courantes de la chirurgie journalière*, j'ai cru utile d'instituer à l'École pratique, d'abord avec de faibles ressources, puis avec celles que voulut bien m'accorder M. le Doyen, des leçons qui permissent aux élèves de se familiariser avec cette pratique courante.

M. le Professeur de médecine opératoire, obligé par la nature même de son enseignement de limiter son programme, ne pouvant répéter toutes les opérations dans un amphithéâtre trop grand, devant une multitude d'élèves trop éloignés, est naturellement forcé de restreindre, dans son cours, à un petit nombre de cas cet enseignement.

J'ai donc fait appel à la bonne volonté de tous, et muni d'abord d'un arsenal de chirurgie très rudimentaire, enrichi plus tard par un achat d'instruments de 600 francs environ que m'accorda M. le Doyen, j'ai pu convoquer et retenir un auditoire bénévole assez nombreux pendant les semestres d'été de 1890, 1891, 1892.

Les élèves voulurent bien y assister : la première année j'en pus compter quarante environ — plus de cinquante-cinq en moyenne la seconde — et quarante environ la troisième.

Il faut attribuer ces variations à l'époque même à laquelle le cours avait lieu, et pour l'année 1892 à ce fait que les travaux pratiques avaient eu lieu alors que les élèves de la Faculté non astreints aux travaux pratiques croyaient l'École fermée et n'avaient pu être renseignés sur l'existence de ces leçons supplémentaires, le règlement ne permettant pas d'apposer d'affiches.

On peut affirmer que ce cours pourrait attirer une assistance de cent élèves *au minimum*.

En résumé, je crois être arrivé aux résultats suivants :

1° Réunir de nombreux élèves, au nombre desquels figuraient beaucoup de docteurs étrangers;

2° Passer en revue devant eux, avec application pratique sur le cadavre, la plupart des opérations de chirurgie courante.

Il y a donc là, monsieur le Doyen, une innovation à laquelle M. le professeur Farabeuf et M. Poirier, chef des travaux anatomiques, ont bien voulu donner leur approbation. Les résultats qu'elle a donnés sont bons et peuvent être accrus en portant à la connaissance du public des étudiants l'existence de ces cours éminemment utiles, et il serait facile d'en faire un enseignement officiel. Pour cela il suffirait :

1° De charger tous les ans un prosecteur de l'École ou, à défaut, un chef de clinique de la Faculté, de faire des leçons pratiques à une époque déterminée et portée à la connaissance des étudiants par la voie des affiches et des journaux médicaux, comme la chose a lieu pour les leçons de médecine opératoire classique faites par les prosecteurs;

2° D'établir un programme d'études analogue à celui qui m'a servi : vingt leçons environ suffiraient;

3° D'accorder au prosecteur ou au chef de clinique chargé des leçons, quatre cadavres entiers, nombre suffisant à la rigueur, car bien des opérations ne réclament pas l'intégrité du sujet et peuvent être pratiquées sur des têtes et des troncs séparés et non utilisés.

De cette façon serait comblée une lacune qui existe dans l'enseignement des élèves, lesquels reçoivent une instruction *pratique* de physique, chimie, anatomie, physiologie, histologie et restent privés d'un enseignement qui sert tous les jours au praticien : la *technique opératoire de la chirurgie courante.*

On ne peut dire que l'hôpital y supplée : la plupart du temps les opérations pratiquées sans le chloroforme ne permettent point à l'opérateur et ne lui donnent point le loisir d'expliquer et de démontrer les temps opératoires et les particularités anatomo-chirurgicales des diverses opérations.

Veuillez me permettre, monsieur le Doyen, de soumettre ces différentes considérations à votre haute appréciation et de les faire suivre, à titre de preuve, de l'exposé des résultats que j'ai obtenus à l'École pratique pourvue, depuis nos leçons, de la presque totalité de l'appareil instrumental nécessaire.

Année 1890 (12 *leçons*).

En 1890, je faisais suivre immédiatement la leçon de médecine opératoire classique de la leçon de chirurgie courante. J'ai remarqué depuis que l'attention des élèves était fatiguée par ces séances trop prolongées et qu'il était préférable de diviser la leçon en plusieurs parties.

Cependant, en 1890, j'ai pu répéter devant les élèves, en dehors du programme officiel de l'École, les opérations suivantes réparties en douze leçons :

Ire *leçon.*	Généralités sur la chirurgie journalière. Incisions, procédés divers. Traitement chirurgical de l'ongle incarné.
IIe *leçon.*	Dilatation anale. Fistule anale. Cure radicale des hémorrhoïdes. Uréthrotomie interne. Dilatation de l'urèthre.
IIIe *leçon.*	Administration du chloroforme. Extirpation des amygdales. Tamponnement des fosses nasales. Cathétérisme de la trompe d'Eustache.
IVe *leçon.*	Trépanation du crâne. Trépanation de l'apophyse mastoïde. Trachéotomie.
V^e *leçon.*	Anus iliaque et sutures intestinales. Circoncision.
VIe *leçon.*	Ponction de la vessie. Uréthrotomie externe.
VIIe *leçon.*	Résection des côtes. Empyème. Thoracentèse.

VIIIe *leçon.* { Exploration des plaies et recherche des balles.
Hydrocèle.

IXe *leçon.* { Castration.
Amputation du sein.

Xe *leçon.* { Hernie étranglée.
Ténotomie.
Résection du maxillaire supérieur.

XIe *leçon.* { Opération de Vladimiroff-Mickulicz.
Opération de Gritti.
Lithotritie.

XIIe *leçon.* { Tailles périnéale et hypogastrique.
Œsophagotomie.

Années 1891 *et* 1892 (20 *leçons*).

Au cours de mes leçons, en 1891, j'ai notablement étendu mon programme primitif et j'ai pu répéter environ soixante-dix opérations, c'est-à-dire passer en revue la presque totalité de la chirurgie courante ; j'ai même abordé quelques spécialités d'incontestable utilité (1). Voici d'ailleurs le classement des opérations répétées au cours de ces deux séries de leçons. Chacune d'elles comprenait trois parties :

De 1 heure à 2 heures. — Médecine opératoire classique : leçon du prosecteur.

De 2 heures à 3 heures. — Répétition par les élèves des opérations enseignées.

De 3 heures à 4 heures 1/4. — Leçon pratique de chirurgie courante par le prosecteur.

Chirurgie générale. { Incisions.
Sutures.
Extirpation des petites tumeurs.
Application des appareils plâtrés.
Hémostase des moignons.
Application de la bande d'Esmarch.
Anesthésie chloroformique.
Anesthésie locale par divers procédés.

(1) Il y aurait, je crois, intérêt à ce que ces cours n'eussent lieu que trois fois par semaine, la fatigue étant considérable pour l'opérateur, s'il veut soutenir, pendant d'aussi longues démonstrations, l'attention des auditeurs.

Organes génito-urinaires de l'homme.	Cathétérisme. Dilatation. Instillations uréthrales. Uréthrotomie interne. Uréthrotomie externe. Ponction de la vessie.	Phimosis. Paraphimosis. Néphrotomie. Castration. Taille hypogastrique.	Taille périnéale. Lithotritie. Cure du varicocèle. Cure de l'hydrocèle.
Organes génitaux de la femme.	Périnéorrhaphie. Amputation du col de l'utérus. Hystérectomie vaginale. Extirpation du sein. Opération d'Alquié-Alexander.		
Tube digestif.	Ablation des amygdales. Amputation de la langue. Résection du maxillaire supérieur. — — inférieur. Avulsion des dents. Diagnostic et extraction des corps étrangers de l'œsophage. Œsophagotomie. Gastrostomie.		Anus iliaque. Fistule anale. Dilatation de l'anus. Hémorrhoïdes. Sutures intestinales. Hernie étranglée. Staphylorrhaphie. Cancer des lèvres.
Yeux.	Iridectomie. Cataracte. Ectropion. Énucléation du globe de l'œil.		
Fosses nasales.	Examens rhinoscopique et laryngoscopique. Extirpation des polypes muqueux. Cathétérisme de la trompe d'Eustache. Tamponnement des fosses nasales. Extirpation des polypes naso-pharyngiens.		
Membres.	Ongle incarné. Suture des nerfs et des tendons. Recherche des projectiles par le stylet électrique. Amputation des membres *in situ*. Évidement des os, résection longitudinale. Application des moufles pour la réduction des luxations. Amputations atypiques des doigts écrasés. Ténotomie. Ostéotomie et ostéoclasie. Greffes cutanées. Opération de Gritti. Opération de Vladimiroff-Mickulicz.		
Tête. Cou. Tronc.	Trépanation du crâne. Trépanation de l'apophyse mastoïde. Thoracentèse. Empyème. Résections uni et pluricostales.		

D. — SERVICE DE LA CONSULTATION EXTERNE. PITIÉ (1892-1893). CHARITÉ (1893-1895).

M. le professeur Tillaux, dont nous avons l'honneur d'être le chef de clinique, ayant eu la bienveillance de nous confier le service de la consultation externe, nous avons cherché à utiliser pour notre plus grand profit les ressources qu'elle offrait.

Chaque consultation, suivie par une trentaine d'élèves du service, a donné lieu :

1° A l'examen détaillé de tous les malades nouveaux qui se présentaient ;

2° A la discussion du diagnostic fait par les élèves eux-mêmes pour les cas les plus intéressants ;

3° A l'enseignement du formulaire de thérapeutique courante.

A ce jour (1) les séances de consultation, dont le nombre s'est élevé à 366, ont permis d'examiner 5500 malades environ, parmi lesquels ne sont pas comptés les consultants déjà connus ou venant demander un simple pansement. De nombreuses interventions de petite chirurgie ont été pratiquées, par les élèves les plus exercés, au cours de ces consultations.

E. — EXERCICES ET CONFÉRENCES CLINIQUES DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ ET DE LA CHARITÉ (1892-1895).

Sous le nom d'« Exercices cliniques du soir », institués sous les auspices de notre bien cher maître M. le professeur Tillaux, il nous a été possible de contribuer, pour une très faible part, au grand enseignement de son service toujours si suivi.

Ces conférences faites pendant notre clinicat, d'abord à l'hôpital de la Pitié, puis à la Charité, ont eu lieu régulièrement deux fois par semaine, du mois de novembre au mois de juillet de chaque année. Elles ont été au nombre de 131 (2) au cours desquelles

(1) 28 février 1895.
(2) Jusqu'au 28 février 1895.

186 malades ont été examinés (1), tantôt par nous-même, tantôt par plusieurs des élèves présents (2).

Nous avons choisi les malades les plus variés et particulièrement ceux dont le cas rentrait dans le domaine de la chirurgie la plus courante, et nous devons remercier les élèves dont le grand empressement à suivre ces leçons et à répondre aux diverses questions posées a beaucoup facilité notre tâche déjà fort agréable.

F. — Hôpital de la Charité. — M. le professeur Tillaux. Service des vacances (1894).

Grâce à l'extrême bienveillance de M. le professeur Tillaux, qui nous a fait le grand honneur de nous confier la direction de son service pendant les vacances de l'année 1894, nous avons pu, mettant à profit les nombreuses ressources de ce service (3), étudier de nombreux malades et mettre nous-même en pratique les notions que nous avons puisées dans l'enseignement de nos maîtres.

C'est ainsi que, outre les exercices cliniques auxquels les élèves ont assisté le matin, nous avons pu pratiquer un grand nombre d'opérations dont voici la statistique intégrale.

Hôpital de la Charité (Service des vacances 1894).

Amputations	10	1 décès (érys. bronzé).
Résections (chirurgie articulaire)	6	0
Opérations portant sur les tendons. Torticolis	4	0
Hygromas	2	0
Tumeurs diverses, du sein, etc	8	0
Rhinotomie	1	0
Abcès froids. Résections osseuses	7	0
Varices	1	0
A reporter	39	1

(1) Et un certain nombre opérés.

(2) Exactement 8740.

(3) Pendant cette période 141 malades hommes et femmes sont entrés dans les salles.

	Report..............	39	1 décès.
Organes urinaires.	Taille	1	1 décès (tardif).
	Uréthrotomie	1	0
	Néphrorrhaphie	1	1 d. (imp. à l'op.).
Organes génitaux.	Hydrocèles	5	0
Poumon.	Empyème	1	1 déc. (tard. par tub. pulm.).
	Kyste hydatique du poumon	1	1 (cachexie pré-opératoire).
Chirurgie de l'intestin.	Cures radicales de hernie	14	0
	Fistules anales	7	0
	Hémorrhoïdes	1	0
	Gastrostomie	2	1 décès (cachexie cancéreuse).
	Fistule stercorale. Entérorrhaphie..	1	0
	Tuberculose du cæcum. Anus cæcal.	1	1 décès (tardif).
Gynécologie..	Bartholinite	2	0
	Périnéorrhaphies. Colporrhaphies...	4	0
	Amputation du col. Curettages....	4	0
	Opération d'Alexander	1	0
	Hystéropexie	1	0
	Fibromes de l'utérus. Hystérectomies.	2	1 déc. (imp. à l'opérat.).
	Fibromes de l'utérus. Battey	2	0
	Salpingo-ovarites. Ovarites. Kystes.	17	2 déc. (imp. à l'opérat.).
	Totaux......	108 (1)	10 décès.

Sans vouloir exonérer de quelques insuccès les opérations pratiquées, nous ferons remarquer que la mortalité générale a été de 4 p. 100 environ, car il faut défalquer de notre chiffre de décès six cas dans lesquels la mort a été due à des causes étrangères à l'opération :

Érysipèle bronzé	1 cas.
Pyélonéphrite	1 —
Tuberculose pulmonaire	1 —
Cachexie cancéreuse	2 —
Cachexie préopératoire	1 —

Restent donc quatre cas de mort imputables à l'acte opératoire, dont trois après laparotomie.

(1) Dont 26 laparotomies et 14 cures radicales de hernies.

Enfin nous avons contribué à propager l'enseignement de nos maîtres en recueillant leurs leçons et en les publiant fréquemment : c'est ainsi que, de juin 1893 à septembre 1894, nous avons publié dans les divers journaux médicaux vingt-trois cliniques inédites de M. le professeur Tillaux, et que nous avons pu remettre à l'impression le manuscrit d'un volume qui contiendra environ cent vingt-cinq leçons du même auteur, colligées et rédigées par nous.

G. — Mission scientifique en Écosse, Danemark, Suède et Norvège (1890).

Au cours de la mission que nous a confiée M. le ministre de l'instruction publique, nous avons successivement visité Édimbourg et les principales villes des pays scandinaves et nous avons pu recueillir sur ces centres d'enseignement des documents importants qui concernent les établissements suivants :

Édimbourg......	Royal Infirmery (hôpital général). Minto-House (École d'anatomie). University (École de médecine).
Copenhague....	Communeshospital (hôpital général). Frederickshospital (hôpital général). Universitet (École de médecine).
Christiania.....	Fredricks Universitet (École de médecine). Rygshospital (hôpital général).
Stockholm.....	Serafinerlazarettet (hôpital général). Sabbatsberg Sjukhus (hôpital général). Sophiahemmet (hôpital royal privé). Carolinska Institutet (École pratique de médecine). Opvärterinskolan (École de surveillantes).
Upsal.........	Universitet.
Göteborg......	Sahlgrenska Sjukhuset (hôpital général). Hôpital des vénériens. Hôpital maritime de Styrö (enfants tuberculeux). Haraldsmine (adultes tuberculeux). Hôpital des maladies épidémiques. École technique pour estropiés (malformations congénitales, amputations, etc.). Crematorium.

PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

I. — Anatomie.

I. — Note sur trois cas de valvules de la muqueuse préputiale (*Bull. Soc. anat.*, mars 1891, 5e série, t. V, fasc. 8, p. 207 à 209).

II. — Note sur un nouveau cas de valvule de la muqueuse préputiale (1) (*Bull. Soc. anat.*, juin 1894, 5e série, t. VIII, fasc. 11, p. 423 et 424).

Cette note est consacrée à la description de replis valvulaires siégeant au niveau du limbe du prépuce et dont l'origine embryogénique nous a paru certaine.

Cette disposition, bien que non décrite antérieurement, n'est pas exceptionnellement rare, puisque nous en avons observé trois cas nouveaux, dont un dans le service de M. le professeur Tillaux. Dans ce dernier cas il s'agissait d'un homme porteur d'une valvule médiane dorsale sur le limbe du prépuce ; cette valvule enflammée avait provoqué une lymphangite avec adénite inguinale pour laquelle le malade venait à l'hôpital.

Mermet, en mai 1894, relatant cinq autres cas à la Société anatomique (2), a émis comme nous en 1891, l'hypothèse de l'origine embryogénique de la lésion ; en s'appuyant sur les recherches de Retterer sur le développement du prépuce et du gland, il est arrivé à supposer que ces valvules résultent d'une différenciation erratique de l'invagination épidermique balano-préputiale.

Nous attirons l'attention sur le rôle que peuvent jouer ces valvules dans la contagion et les rechutes de la blennorrhagie et de diverses infections vénériennes.

(1) En collaboration avec M. Logerot.
(2) *Bull. Soc. anat.*, 5e série, t. VIII, mai 1894, fas. 9.

III. — Sur les rapports anatomiques du pli fessier (*Bull. Soc. anat.*, avril-mai 1891, 5e série, t. V, fasc. 10, p. 272 et 273).

Au cours de nos dissections à l'École pratique nous avons attiré l'attention sur ce fait que, loin de correspondre au bord inférieur du grand fessier, le pli fessier croisait à angle aigu sa direction. Pour s'en convaincre, il suffit d'examiner un sujet debout, en provoquant la contraction des fessiers après avoir tracé le pli au crayon dermographique. On constate alors, par la palpation du bord inférieur contracté du muscle, que celui-ci ne correspond nullement à la direction du pli fessier. Une dissection dans laquelle on ménage la peau qui correspond à ce pli démontre la même particularité.

Il est probable que la formation du pli fessier est due à des faisceaux fibreux qui, partis de la tubérosité de l'ischion, viennent s'insérer à la face profonde de la peau. Ces recherches confirment d'ailleurs les observations antérieures de Luschka, Symington et de M. Poirier, ce dernier ayant donné de cette disposition deux belles figures dans la *Nouvelle Iconographie photographique de la Salpêtrière* (septembre 1889).

IV. — De la polythélie. — Statistique et théorie embryogénique (*Doit paraître*).

Depuis que notre attention a été attirée sur ce point par M. Chauffard, nous avons constaté, sur une statistique de plus de 3000 malades [*hôpital Saint-Antoine* (1885), *Midi* (1886), *Pitié* (1887-1889), *Necker* (1888)] :

1° Que les mamelons surnuméraires sont extrêmement fréquents (un environ sur quarante sujets pris au hasard);

2° Qu'ils se disposent par paire sur une ligne oblique allant de la mamelle à l'ombilic ;

3° Que le type complet comprend trois paires de mamelons, y compris la paire normale (peut-être y aurait-il lieu d'admettre une paire supplémentaire axillaire);

4° Qu'on peut, entre la simple ébauche et le mamelon parfait, suivre la gradation suivante :

a. Tache pigmentaire;
b. Tache pigmentaire avec poil isolé;
c. Touffe de poils en tourbillon;
d. Mamelon sans aréole;
e. Mamelon avec aréole et couronne de poils.

Ces différents types peuvent coexister; mais, outre qu'ils occupent un siège constant, les supérieurs répondent toujours à une conformation plus parfaite que les inférieurs. Il paraît donc certain que la polythélie répond à une phase de la vie embryonnaire ou à une disposition ancestrale. (Théorie des anomalies réversives: Williams, *Journal of Anatomy and Physiology*, 1891.)

V. — **Note sur un cas de malformation singulière de la voûte palatine d'origine congénitale** (*Bull. Soc. anat.*, juin 1894, 5e série, t. VIII, fasc. 11, p. 457 et 458).

Cette note a rapport à une malformation de la voûte palatine constituée par deux tumeurs latérales *symétriques*, dures, résistantes, insérées sur les parties latérales de la voûte palatine et venant s'accoler sur la ligne médiane. Congénitalité certaine.

Il ne s'agit pas d'épulis et nous n'avons pu déterminer la pathogénie de cette production. M. Ruault, qui a observé plusieurs milliers de voûtes palatines anormales, nous a dit n'avoir jamais observé de cas semblable. Le voile du palais était normalement conformé.

II. — Médecine.

VI. — Note sur un cas de gangrène pulmonaire (*Bull. Soc. anat.*, 31 juillet 1885).

Il s'agit d'un cas de gangrène pulmonaire ayant simulé une caverne tuberculeuse.

VII. — Note sur un cas de trichinose observé à Paris (*Bull. Soc. anat.*, 31 juillet 1885).

C'est la relation, avec examen histologique complet, d'un des premiers cas de trichinose observés à Paris et dont le diagnostic n'a pu être fait du vivant du malade. Les muscles pectoraux que nous avons examinés sont farcis de trichines enkystées dont l'étude nous a permis, dans un mémoire inédit, d'étudier :

1° La polymorphie des kystes parasitaires trichineux ;

2° Leurs rapports avec les fibres musculaires ;

3° La dégénérescence graisseuse qu'entraîne leur présence ;

4° Leur localisation au niveau de l'union du muscle et du tendon.

Déjà, en 1866, MM. Delpech et Raynaud avaient attiré l'attention sur l'utilité du contrôle des viandes de provenance étrangère au point de vue de la trichinose.

Nous avons pu étudier un second cas de cette affection provenant d'un Maltais mort à l'hôpital d'Alger.

VIII. — De la valeur de la recherche des bacilles dans le diagnostic des affections tuberculeuses (*Progrès médical*, novembre 1885, p. 455-458).

Cette note, totalement dépourvue d'intérêt aujourd'hui que la preuve est faite, avait pour but de démontrer le parti que l'on pouvait tirer en clinique de la présence des bacilles de Koch dans

les crachats dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Elle est basée sur un nombre considérable d'examens bactériologiques.

IX. — **Kystes crétifiés des muscles d'origine indéterminée et probablement de nature parasitaire** (*Bull. Soc. anat.*, janvier 1891, 5e série, t. V, fasc. 3, p. 73-74).

Il s'agit de néoformations spéciales, trouvées dans l'épaisseur des muscles d'un sujet disséqué dans mon pavillon de l'École pratique, et localisées aux muscles fessiers, rhomboïde, grand dorsal et trapèze.

D'après leur régularité de forme, leur orientation suivant l'axe des fibres musculaires, leur contenu crétacé, nous avons dû conclure à une origine parasitaire dont la nature exacte nous échappe.

X. — Des effets physiologiques de l'adonidine. Recherches expérimentales (1).

XI. — De la recherche de la glycose dans les urines par l'acide picrique (*Progrès médical*, juillet 1886, n° 14, p. 286-287).

Nous avons montré les avantages que l'on pouvait retirer de l'emploi de ce réactif (*universal test*, des Anglais) dans la recherche de la glycose. Il offre sur la liqueur cupro-potassique l'avantage :

1° D'être inaltérable ;

2° De s'appliquer également à la recherche de l'albumine.

L'acide picrique donne à chaud une réaction caractérisée par une coloration rouge cerise qui passe au brun par refroidissement. Réaction très sensible.

XII. — De la présence du sucre dans le liquide hydrocéphalique (*Progrès médical*, 3 avril 1886, 2e série, t. III, n° 14, p. 286-287).

Chez un enfant de 10 mois nous avons eu l'occasion de ponctionner en 1886 une hydrocéphalie de 60 centimètres de circonférence. L'enfant supporta bien l'opération, quoique la guérison ne survînt pas.

Nous avons démontré que le liquide hydrocéphalique extrait contenait non pas du sucre, comme l'ont indiqué la plupart des auteurs, mais de l'*alcaptone*, comme l'avait déjà démontré Bodeker, c'est-à-dire une substance qui, tout en offrant les réactions chimiques du sucre, ne produit pas la déviation polarimétrique caractéristique.

(1) *In* Thèse de Mordagne. Paris, 1885.

IV. — Chirurgie.

A. — Chirurgie générale.

XIII. — **Administration du chloroforme** (in *Précis d'assistance*, Paris, 1892).

Depuis que nous avons écrit ce chapitre, où nous nous déclarions partisan de la méthode d'administration du chloroforme à doses graduées, nous avons recueilli un grand nombre de documents sur les différents modes d'anesthésie générale. Aujourd'hui nous sommes nettement partisan de l'anesthésie par l'éther, dont l'école lyonnaise a si bien montré depuis longtemps les grands avantages, et que nous avons couramment employée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Verneuil (1891-1892) et à l'hôpital du Midi (1891).

XIV. — **Contribution à l'étude de quelques procédés de respiration artificielle** (*Gazette médicale*, août 1887, n° 35, p. 409 à 414, septembre 1887, n° 36, p. 427-425, n° 37, p. 433-435, n° 38, p. 445-447).

XV. — **Remarques sur un nouveau cas de rappel à la vie par la trachéotomie suivie d'insufflation directe dans le traitement de l'asphyxie aiguë** (*Gaz. des hôpitaux*, 12 juin 1895, p. 174 à 177).

Dans notre premier travail, et à propos d'un cas personnel, nous avons étudié et mis en pratique quinze procédés divers de rappel à la vie, utilisables au cours, soit des accidents d'asphyxie aiguë d'origine mécanique, soit des accidents chloroformiques.

Ce sont :

1° Fixation de la langue qu'on attire au dehors et dont on déprime la base ;

2° Pressions méthodiques de la poitrine et de l'abdomen ;

3° Élévation et abaissement des bras suivant un rythme régulier (procédé de Sylvester) ;

4° Emploi de la pile électrique ;
5° Applications de compresses d'eau bouillante ;
6° Applications d'alèzes chaudes et de boules d'eau chaude ;
7° Marteau de Mayor ;
8° Injections d'éther ;
9° Flagellations ;
10° Frictions à la brosse de crin, révulsion ;
11° Excitation des réflexes ;
12° Insufflation directe ;
13° Inhalations d'oxygène ;
14° Trachéotomie suivie d'insufflations par la canule ;
15° Respiration artificielle avec le moteur mécanique.

Et nous avions pu conclure : « Je déclare qu'en cas de péril menaçant la vie, il n'y a pas à hésiter, et la trachéotomie immédiate suivie d'insufflation directe est un procédé de choix qui s'impose chaque fois que les accidents sont assez graves pour faire redouter une issue fatale et que les procédés habituels de respiration artificielle ont échoué. »

A l'appui de cette conclusion nous invoquions deux cas observés chez notre maître, M. Polaillon, où la respiration spontanée put être rétablie par ce procédé, dans l'un après cinq heures et dans l'autre après une heure vingt minutes d'insufflation directe.

Dans un troisième cas nous eûmes le bonheur de voir revenir la respiration chez un malade de M. Tillaux, alors qu'il était considéré comme perdu, après six minutes d'insufflation directe.

Depuis notre première publication sur ce sujet, une thèse (1) écrite sous l'inspiration de M. le professeur Poncet et un intéressant *Mémoire* de ce chirurgien (2) nous ont montré que ce chirurgien avait eu l'idée d'employer ce procédé dès 1883 et que le chirurgien anglais Howse avait, dès 1878, fait la trachéotomie, mais non suivie d'insufflation. La discussion actuellement pendante devant l'Académie de médecine, sur la valeur du procédé

(1) Gerbaud. Thèse de Lyon, 1894.

(2) De la trachéotomie d'urgence dans les accidents graves de l'anesthésie générale (*Soc. nationale de méd. de Lyon*, séance du 17 déc. 1894).

dit de la langue (Laborde), fixera les chirurgiens sur l'opportunité de la méthode que M. Poncet et nous avons préconisée.

XVI. — **Précis d'assistance aux opérations. Préparation du malade et des instruments. Anesthésie. Soins consécutifs.** (Paris, 1892, 190 pages).

Dans cet ouvrage précédé d'une préface de M. le professeur Verneuil, nous avons cherché à combler une lacune dans la série des Manuels de chirurgie pratique.

Cet ouvrage, véritable *memento* destiné à faciliter la tâche de l'assistant avant, pendant et après les opérations, comprend, outre des considérations générales sur le rôle des aides, sur le matériel de pansement, l'anesthésie, l'hémostase, les sutures et la confection des appareils plâtrés, la nomenclature exacte des *soins préliminaires*, de la *préparation des instruments*, du *pansement* et des *soins consécutifs* auxquels doivent songer les aides pendant toute la durée du traitement opératoire. Ces notions ont été détaillées pour cinquante-trois opérations de chirurgie choisies parmi les plus courantes. Cet ouvrage est le premier paru sur ce sujet; il a été adopté par les Ministères de la guerre et de la marine.

XVII. — **Lymphangite et érysipèle.**

Observation provenant du service de M. le professeur Verneuil et tendant à démontrer les rapports bactériologiques de la lymphangite et de l'érysipèle.

XVIII. — **Remarques relatives à l'étude de l'érysipèle dans l'état puerpéral** (*Gaz. médicale de Paris*, 22 février 1890, n° 8, p. 87 à 90; — 1er mars 1890, n° 9, p. 99 à 102).

Infection érysipélateuse grave chez une femme enceinte de quatre mois; lymphérysipèle de jambe avec trente abcès, ictère, épistaxis rebelles, infection grave; accouchement à six mois et

demi d'*un enfant sain;* disparition de tous les accidents immédiatement après la délivrance.

M. le professeur Verneuil a inséré dans le n° 88 de l'*Union médicale*, 1889), un article où, étudiant les relations qui existent entre l'avortement, les traumatismes et les pyrexies, sous ce titre : *Le lymphérysipèle de la femme enceinte est-il transmissible au fœtus?* il a conclu que les microorganismes de l'érysipèle peuvent ne point franchir la barrière placentaire.

Dans notre observation nous relevons deux points importants :

1° Immunité du fœtus, bien que la mère fût atteinte d'une infection exceptionellement grave ;

2° Rapidité de la guérison après l'accouchement.

Nous avons constaté la présence du streptocoque dans les multiples abcès que nous avons ouverts et leur absence dans le sang de la veine ombilicale.

XIX. — **Métastase purulente de l'anthrax** (*Comptes rendus du Congrès français de chirurgie de 1891*) (1).

Observation et remarques ayant trait à l'apparition de foyers secondaires au cours de l'évolution de l'anthrax par transport à distance du staphylocoque pyogène.

XX. — **Remarque sur les néoformations d'origine inflammatoire consécutives à la présence des corps étrangers dans les tissus** (*Bull. Soc. anat.*, juin-juillet 1893, 5e série, t. VII, fasc. 18, p. 466 à 469).

Nous avons étudié les accidents qui résultent de l'introduction des corps étrangers dans les tissus.

1° Corps aseptiques : accidents nuls.

2° Corps septiques : suppurations et abcès.

3° Corps modérément septiques : inflammation limitée aboutissant à la sclérose.

Dans deux cas nous avons montré que l'introduction de corps étrangers modérément septiques au niveau de la paume de la

(1) *En collaboration* avec Beretta.

main, aboutissait à la formation de véritables fibromes inflammatoires, et nous avons indiqué une méthode de guérison extemporanée des fistules consécutives à la présence de fils septiques (cure radicale des hernies) par la simple extraction à la pince sans incision.

XXI. — Traitement des brûlures superficielles par la solution saturée d'acide picrique (1).

Nous croyons être un des premiers à avoir appliqué le pansement à l'acide picrique (solution saturée) au traitement des brûlures.

Cette méthode, trop peu connue, donne *constamment* des résultats remarquables et doit être généralisée; elle constitue le traitement de *choix* de toutes les brûlures superficielles (1er, 2e, 3e degré), quelles que soient leur nature et leur étendue. Ces applications suppriment d'emblée toute douleur et peuvent empêcher la formation de phlyctènes. C'est le pansement *kératogénique* et *kératoplastique* par excellence, qui offre, outre la grande simplicité de sa technique, l'avantage de n'exposer à aucune intoxication.

L'efficacité surprenante de ce topique doit imposer son emploi dans tous les ateliers d'industrie où les brûlures sont fréquentes; c'est actuellement le seul pansement adopté dans le service de M. le professeur Tillaux.

B. — Études sur les tuberculoses chirurgicales.

XXII. — De la tuberculose chirurgicale; suites immédiates et éloignées de l'intervention; traitement pré et post-opératoire (1 vol. 600 pages. Paris, 1890).

Ce volume contient deux cent vingt-deux observations inédites choisies parmi deux mille deux cent vingt-six observations recueillies par nous dans le service de nos maîtres, avant 1890.

(1) *In* Thèse de Filleul. Paris, 1894. — *In* Thèse de Gars. Paris, 1889.

Nous y avons étudié successivement :

1° La fréquence et la nature des tuberculoses locales ;

2° Les suites immédiates des interventions ;

3° Les suites éloignées des interventions ;

4° La nécessité d'un traitement pré et post-opératoire.

Mettant largement à profit l'enseignement de M. le professeur Verneuil sur ce sujet qui lui est familier, nous sommes arrivé, après ce long travail, aux conclusions suivantes :

A. — *Fréquence et nature des tuberculoses locales.*

1° Les tuberculoses locales sont d'une fréquence extrême, qui est au contingent des maladies chirurgicales ce qu'est la tuberculose pulmonaire en pathologie interne ;

2° Les tuberculoses, dites locales, ne sont en réalité, comme le démontrent la clinique et l'expérimentation, que des tuberculoses *périphériques* et *localisées*, et leur suppression pure et simple sans autre traitement adjuvant ne saurait assurer contre la récidive ou la tuberculose viscérale ; en fait, il existe un temps où la tuberculose est locale, mais celui-ci est excessivement court et ne saurait être pris en considération dans le traitement chirurgical de ces lésions ;

3° Il y [a cependant lieu d'opérer les tuberculoses locales qui peuvent constituer pour le malade de graves infirmités ou être une cause d'épuisement pour l'organisme : abandonnées à la nature ou soumises à la thérapeutique médicale seule, elles n'ont pas de tendance à la guérison.

B. — *Suites immédiates des interventions.*

1° Envisagées d'une façon générale, les suites immédiates des interventions sont encourageantes.

2° Elles comprennent des résultats *bons* (succès opératoires) et *médiocres* en ce qui concerne l'état local ; des résultats souvent bons en ce qui concerne l'état général.

3° Mais il faut remarquer :

a. Que ces résultats sont d'autant meilleurs qu'on se rapproche davantage du début de la manifestation locale, ou que l'opération a pour but de supprimer un foyer de rétention ou de suppuration : dans le premier cas on peut toujours espérer et obtenir la réunion immédiate ; dans le second, l'état général est le plus souvent heureusement influencé ;

b. Que ces résultats immédiats sont soumis à quelques variations qui proviennent : 1° du fait de la coexistence de la tuberculose pulmonaire ; 2° de la nature et du siège de la lésion, certaines régions et certaines variétés de tuberculoses locales étant véritablement privilégiées ; 3° de la nature de l'intervention, influence variable d'ailleurs dans chaque ordre de lésions.

4° Le maximum opératoire est applicable aux tuberculoses bien localisées, sans diffusion à travers les tissus voisins ; le minimum opératoire (topiques, injections modificatrices, etc.) trouve son application dans les cas contraires.

5° Dans tous les cas l'opération incomplète ne doit être qu'un pis-aller dont les résultats sont ordinairement peu favorables.

6° Une tuberculose pulmonaire très avancée peut, dans les cas où il n'y a pas urgence absolue, contre-indiquer l'opération ou ne permettre que quelques opérations minima et dans les cas seulement où l'intervention est indispensable et où le chirurgien prévoit que l'état général du malade peut en bénéficier.

7° Malgré l'excellence apparente des suites immédiates, le malade n'en reste pas moins exposé, du fait de la nature tuberculeuse de la lésion, à quelques complications étrangères à la marche banale des plaies opératoires : échec de la réunion, récidive immédiate, aggravation de lésions pulmonaires antérieures, tuberculose pulmonaire consécutive à l'opération, méningite tuberculeuse, généralisation, qui, jointes aux accidents des suites éloignées, nécessitent un traitement prophylactique spécial.

C. — *Suites éloignées des interventions.*

1° Envisagés d'une façon générale, les résultats éloignés des opérations sont de beaucoup inférieurs aux résultats immédiats : pour les bien apprécier il faut suivre longtemps les malades et ne faire entrer en ligne de compte que les observations complètes, la récidive étant souvent très tardive.

2° Ces suites éloignées comprennent, en ce qui concerne l'état local, des résultats bons (*succès thérapeutiques*) en nombre relativement restreint ; quant à l'amélioration de l'état général des tuberculeux à la suite de l'intervention, le plus souvent elle n'est pas durable, malgré de trop rares observations contraires. La guérison absolue est exceptionnelle.

3° Ces suites éloignées sont compliquées :

a. Au point de vue local, par la fréquence des échecs thérapeutiques (résultats nuls), des récidives locales, des récidives circonvoisine, ascendante et à distance ;

b. Au point de vue de la marche des lésions pulmonaires, par l'aggravation ou la reprise des accidents à la suite d'une amélioration passagère ; par l'apparition, postérieurement à l'opération, de lésions pulmonaires non constatées antérieurement.

4° Comme pour les suites immédiates, il faut remarquer que ces suites éloignées sont soumises à des variations du fait : 1° de la coexistence de la tuberculose pulmonaire ; 2° de la nature et même du siège de la lésion, certaines variétés et certaines régions étant privilégiées ; 3° de l'opération pratiquée.

5° Il est bien nettement prouvé, par la presque totalité des observations, que l'on ne peut songer au traitement abortif de la tuberculose par l'exérèse de la manifestation locale, au moins dans les conditions ordinaires, et par les moyens actuellement mis en pratique : ce résultat est parfois réalisé, mais dans des conditions qu'il n'est pas actuellement possible de déterminer exactement.

6° De l'étude comparée de l'expectation et de l'intervention il résulte que les tuberculoses périphériques ont peu de tendance

à la guérison spontanée et que c'est à l'opération qu'il faut avoir recours, malgré les suites éloignées peu encourageantes de celle-ci : nous ne sommes donc nullement partisan de l'abstention.

7° L'opération doit être pratiquée suivant certains préceptes dont le premier, qui concerne l'état local, consiste à assurer le succès thérapeutique par le succès opératoire : cette règle n'est cependant pas absolue ; les récidives multiples même ne s'opposent pas toujours à un succès final complet.

8° La tuberculose pulmonaire, même au début, existant au moment de l'opération, doit constamment être regardée comme aggravant dans de notables proportions le pronostic des suites éloignées.

9° A chaque lésion correspond une opération de choix le plus souvent applicable : cette opération de choix, pour qui ne cherche que les suites éloignées, peut, suivant l'affection considérée, être du ressort de la grande ou de la petite chirurgie ; on ne saurait condamner l'opération sanglante au profit du minimum d'intervention d'une façon générale; c'est affaire d'indications : le plus souvent l'opération doit être complète.

D. — *Traitement pré et post-opératoire.*

1° On doit opérer les tuberculeux et les malades affectés de lésions périphériques tuberculeuses chaque fois que l'état général du sujet permettra d'intervenir; mais ils doivent être soumis au traitement opératoire capable de guérir leur affection chirurgicale non comme les autres malades, mais comme les autres diathésiques, c'est-à-dire sous la réserve de précautions spéciales multiples que l'on peut réunir sous le nom de *traitement pré* et *post-opératoire* qu'il faut instituer au plus tôt.

2° L'un et l'autre doivent s'adresser : *a*) à la désinfection du foyer local ; *b*) à la stérilisation de l'organisme.

3° L'iodoforme est, au moins jusqu'alors, le parasiticide anti-tuberculeux le plus efficace, sous la réserve suivante (voy. page 38).

4° Il doit être prescrit *intus et extra*, de bonne heure, à doses tolérables, et doit être longtemps continué (1).

5° La prophylaxie des accidents consisterait surtout à réglementer l'émigration ruri-urbaine; l'émigration des opérés à la campagne et à la mer constitue un des facteurs les plus importants du traitement post-opératoire (étude de l'émigration ruri-urbaine et urbi-rurale).

Ces diverses conclusions sont basées sur les faits expérimentaux et cliniques que contient notre travail, et surtout sur l'examen d'un grand nombre de malades sur lesquels les suites immédiates et éloignées du traitement ont été successivement envisagées dans :

a. La tuberculose testiculaire;
b. — *ganglionnaire;*
c. — *périanale;*
d. — *articulaire;*
e. — *des gaines tendineuses;*
f. — *vertébrale;*
g. — *osseuse;*
h. — *cutanée* et *du tissu cellulaire*

XXIII. — **Suites immédiates des interventions chez les tuberculeux** (*Études expérimentales et cliniques sur la Tuberculose*, publiées sous la direction de M. le professeur Verneuil, t. II, fasc. 4, 1890, p. 628 à 670).

XXIV. — **Remarques sur le pronostic éloigné et la récidive dans les tuberculoses locales; contribution à l'étude des suites éloignées de l'intervention** (*Études expérimentales et cliniques sur la Tuberculose*, t. III, fasc. 1, 1891, p. 171 à 489).

Ces deux publications ne sont pour ainsi dire qu'un complément à l'ouvrage précédent; les statistiques qu'elles contiennent sont les mêmes, augmentées d'un certain nombre d'observations de malades revus depuis la publication de cet ouvrage. Nous

(1) Les nouvelles recherches sur les propriétés thérapeutiques de certains agents, la créosote en particulier, ne nous permettent plus d'être aussi exclusif.

y établissons l'échelle de gravité de pronostic suivante, au point de vue de la propagation au poumon d'une tuberculose primitivement locale, chez l'adulte :

Pronostic relativement bénin : Tuberculose ganglionnaire, tuberculose osseuse des membres non juxta-articulaire, tuberculoses cutanées, gommes, abcès froids proprement dits ;

Pronostic réservé : Tuberculose testiculaire, synovites tuberculeuses qui appartiennent souvent à la première catégorie ;

Pronostic grave : Tuberculose articulaire, tuberculose costale ;

Pronostic très grave : Tuberculose vertébrale, tuberculose périanale.

XXV. — **Cure radicale des fistules ossifluentes tuberculeuses par les instillations de chlorure de zinc à 1/10, et traitement des ostéoarthropathies fongueuses suppurées par la fongotripsie et le brossage au chlorure de zinc** (*Études cliniques et expérimentales sur la Tuberculose*, 1893, p. 203 à 218).

Ce Mémoire établit deux points de l'histoire du traitement des tuberculoses :

A. La possibilité et même la fréquence de la guérison des fistules tuberculeuses à point de départ osseux sans intervention directe sur l'os lui-même. Il faut, pour obtenir ce résultat : 1° que la fistule soit consécutive à une lésion osseuse localisée ; 2° qu'elle soit méthodiquement soumise à des instillations de chlorure de zinc à 1/10 pratiquées à l'aide de la seringue à instillation de Guyon et de canules dont la longueur et le volume varient avec l'étendue de la fistule et le siège de l'os malade : les instillations sont répétées deux fois par semaine environ.

Le chlorure de zinc agit : 1° comme antiseptique ; 2° comme caustique ; 3° comme sclérogène diffusible, ainsi que l'a bien démontré M. le professeur Lannelongue.

B. En ce qui concerne les tuberculoses ostéoarticulaires avec abcès ou fistules consécutifs à la tuberculose osseuse multiple ou disséminée, nous savons déjà les beaux résultats obtenus par l'école lyonnaise (travaux de M. le professeur Ollier), à l'aide des résections atypiques. Nous pensons que l'on peut faire plus

encore et que l'arthrotomie large de la plupart des articulations malades, même celles du pied où les lésions sont le plus souvent à l'état de diffusion extrême, permet de conserver des membres qui paraissaient justiciables de l'amputation.

Pour obtenir ce résultat, l'interligne doit être largement ouvert, les os malades curettés, et tous les recessus de l'article soumis à un véritable *brossage* à l'aide d'une brosse à crins rudes, imbibée de chlorure de zinc à 1/10 et même à 1/5; ce procédé agit à la fois comme antiseptique et comme modificateur mécanique; le nom de *fongotripsie*, s'il n'avait été employé par Daniel Mollière pour désigner un autre genre d'intervention, lui conviendrait bien.

La plaie articulaire est ensuite suturée sans drainage, le membre immobilisé dans un pansement qu'on ne doit lever, sauf indications spéciales, qu'au douzième jour environ : on trouve alors généralement une réunion type, et au-dessous d'elle la région a cette dureté et cette sécheresse de bonne aloi que signale M. Lannelongue et qui est de bon augure pour la guérison.

Dans un cas où nous avons eu l'occasion d'examiner une articulation tarso-métatarsienne ainsi traitée par nous dans le service de M. le professeur Tillaux, la soudure osseuse était absolue.

XXVI. — Traitement des synovites fongueuses et à grains riziformes de la paume de la main par l'extirpation totale des gaines (1).

Les synovites tuberculeuses du poignet n'ont point été jusqu'ici l'objet d'opérations réglées ayant pour but l'extirpation totale des gaines synoviales. L'incision simple, le curettage et le drainage presque exclusivement employés laissent place à la récidive et à la fistulisation; l'extirpation était réservée aux seules synoviales dorsales plus accessibles et plus faciles à disséquer.

En novembre 1893, nous avons cherché la cure idéale des synovites chroniques de la paume par l'extirpation totale; les

(1) In *Cliniques* de M. le professeur Tillaux, *sous presse*.

trois malades que nous avons opérés jusqu'à présent, ainsi que deux malades opérés dans le service de M. le professeur Tillaux, nous permettent de conclure :

1° Le traitement radical de ces synovites comporte l'extirpation de la gaine;

2° Cette opération est possible quoique délicate à cause des rapports anatomiques de la région palmaire;

3° La section du ligament annulaire antérieur est indispensable pour pouvoir mener à bien l'opération;

4° La restitution *ad integrum* des fonctions de la main, malgré l'absence des gaines, est absolue.

XXVII. — **Contribution à l'étude de la tuberculose locale du cæcum** (*Progrès médical*, n° 47, nov. 1894, p. 408 à 410) (1).

Observation d'un cas de tuberculose du cæcum diagnostiqué pendant la vie et jugé inopérable au cours d'une laparotomie exploratrice. J'ai dû établir un anus cæcal et la malade mourut de cachexie un mois après l'intervention.

XXVIII. — **Ulcération tuberculeuse de la langue guérie par l'iodoforme et l'acide lactique** (*Études sur la Tuberculose*, publiées sous la direction de M. le professeur Verneuil, 1890, t. II, fasc. 4, p. 593 à 600).

L'intérêt de ce cas réside dans la localisation *primitive* de la tuberculose au niveau de la langue, et le résultat favorable obtenu par l'application des topiques.

XXIX. — **Tuberculose de la mamelle chez l'homme.**

Si nous signalons spécialement cette observation, c'est à cause de son extrême rareté. M. Delbet (2), qui a réuni trente-sept cas de tuberculose mammaire vraie, n'en compte que deux observations chez l'homme, celle de M. Poirier et la nôtre.

Nous avons commencé sur ce sujet un Mémoire que nous

(1) En *collaboration* avec Pilliet.
(2) *Traité de chirurgie*, t. VI, p. 208.

n'avons pas encore publié et qui, outre ce cas, contient deux observations inédites de tuberculose mammaire chez la femme.

XXX. — **Quelques accidents imputables aux injections d'éther iodoformé. Moyens de les éviter.** (*Pour paraître.*)

Nous étudions dans ce Mémoire les principales objections que l'on a pu faire à la méthode si simple des injections d'éther iodoformé dans les abcès froids (production d'eschares, douleurs, intoxication, etc.), et nous insistons sur les dangers de la chute de l'éther iodoformé dans la plèvre et le péritoine, à propos d'un cas remarquable observé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Verneuil.

C. — CHIRURGIE DU CRANE, DU CERVEAU ET DE LA FACE.

XXXI. — **De la suture dans les plaies du cuir chevelu** (1).

Trente-quatre observations personnelles inédites.

XXXII. — **Coup de feu dans l'oreille ayant lésé l'oreille interne. Confirmation du rôle physiologique des canaux semi-circulaires et de la corde du tympan** (Avec rapport de M. CHAPUT, *Bull. Soc. anat.*, mai 1888, 5e série, t. II, p. 528 à 539).

Nous avons pu, grâce aux particularités de ce cas intéressant, où la corde du tympan était sectionnée et les canaux semi-circulaires lésés :

1° Confirmer les recherches de Lussana et Inzani, qui font de la corde du tympan un nerf de sensibilité gustative, et celles de Claude Bernard, qui en fait dépendre la sécrétion de la glande sous-maxillaire ;

2° Constater la réalité du rôle d'équilibration attribué aux canaux semi-circulaires par Flourens en 1822, et plus tard par Brown-Séquard, Vulpian, Harless et Czermak.

(1) *In* Thèse de Ribierre. Paris, 1888.

XXXIII. — **Contusion bipolaire oblique du cerveau, fracture du crâne, double trépanation** (*Bull. Soc. anat.*, mai 1889, 5e série, t. III, p. 418 à 422).

XXXIV. — **Remarques et faits cliniques relatifs à l'opération du trépan** (*Gazette médicale*, août 1889, n° 34, p. 397 à 402 et n° 35, p. 413 à 415).

XXXV. — **Remarques complémentaires relatives à la trépanation dans le traitement des épanchements sanguins paradureméríens** (*Bull. Soc. anat.*, 1891, 5e série, t. V, fasc. 4, p. 87 à 90).

XXXVI. — **Nouvelle contribution à l'étude de la trépanation dans les cas douteux de contusion ou de compression cérébrales** (*Bull. Soc. anat.*, février 1891, 5e série, t. V, fasc. 4, p. 93 à 97).

XXXVII. — **Cinquième note relative aux indications et contre-indications de l'intervention dans les complications des traumatismes crâniens** (*Bull. Soc. anat.*, 1891, 5e série, t. V, fasc. 4, p. 108 à 112).

Dans cette série de publications, nous avons cherché à réunir et commenter des faits cliniques les uns favorables, les autres défavorables à la trépanation. On peut les classer sous trois chefs principaux :

1° Lésions à un seul foyer siégeant au point d'application du traumatisme ;

2° Lésions à deux foyers, l'un au point contus, l'autre au point diamétralement opposé (*contusion bipolaire*) ;

3° Lésions à foyers multiples.

Nous avons cherché à prouver que la trépanation indiquée dans la première catégorie était d'avance frappée de nullité dans les deux autres. Nous avons insisté sur ce fait déjà connu des cliniciens, que des lésions même considérables de la zone motrice peuvent ne donner lieu qu'à des symptômes de localisation négligeables, et qu'inversement des lésions éloignées peuvent retentir à distance sur les centres moteurs, ainsi que l'a montré M. Le Dentu, et donner lieu à une localisation symptomatologique qui contraste avec les constatations anatomiques, d'où les mécomptes nombreux que peut donner l'opération.

XXXVIII. — **Note sur un cas de prothèse immédiate du maxillaire inférieur** (*Bull. Soc. anat.*, juin 1894, 5e série, t. VIII, fascic. 11, p. 455 à 457).

Observation d'une malade opérée par nous, dans le service de M. le professeur Tillaux, pour un sarcome du maxillaire inférieur et à laquelle nous avons appliqué avec succès un appareil de prothèse immédiate, suivant la méthode de MM. Verneuil, Guermonprez et Martin (de Lyon).

D. — Chirurgie de la poitrine et de l'abdomen.

XXXIX. — **Plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen. Blessure d'une intercostale. Hémopneumothorax** (*Gazette médicale*, 1887, n° 31, p. 365-367).

L'intérêt de ce cas réside dans les constatations anatomiques qui ont révélé, à la suite d'un traumatisme par coup de feu, la blessure du poumon et de la rate et une hémorrhagie mortelle provenant d'une artère intercostale.

Au point de vue du diagnostic, nous avons constaté la présence du bruit de moulin qui nous a fait croire à une lésion du péricarde, tandis que l'épanchement occupait la cavité pneumopéricardique et que le bruit de moulin était produit par le cœur qui, recouvert du péricarde intact, produisait les signes cliniques sur lesquels ont insisté MM. Reynier et Tillaux (*Anat. topographique*, 7e éd., p. 626).

XL. — **Deux cas d'échec de la laparotomie exploratrice. Difficulté extrême de la recherche de la lésion dans certains cas** (*Bull. Soc. anat.*, juillet 1891, 5e série, t. VI, fasc. 17, p. 508 à 512).

Deux observations d'obstruction intestinale traitée par la laparotomie dans lesquelles l'opération dut rester exploratrice et ne permit pas de constater le siège de l'obstacle. Il s'agissait, dans les deux cas, de rétrécissements néoplasiques de la partie inférieure de l'S iliaque constitués par une sorte d'anneau dont la palpation était impossible, à cause de la distension de l'intestin.

XLI. — Sur le choix du procédé opératoire dans la création d'un anus iliaque artificiel. Comparaison de la méthode française et de la méthode autrichienne (*Bull. Soc. anat.*, mars-avril 1889, 5e série, t. III, fasc. 11 et 12, p. 255 à 264).

Conclusions : 1° Il est des cas où l'établissement d'un anus artificiel sans ouverture immédiate de l'intestin ne suffit pas à provoquer la disparition des phénomènes d'obstruction, et où il faut avoir recours d'emblée à l'ouverture de l'anse attirée au dehors (obs. I et II) ;

2° L'opération dite de Madelung doit être rejetée ;

3° L'opération par la méthode autrichienne (Maydl, Reclus) peut être rendue impossible :

a. Par défaut de formation des adhérences lorsqu'il y a de l'ascite ;

b. Par difficulté d'attirer l'intestin pour passer la sonde destinée à le maintenir au dehors lorsque le mésocôlon est court et dégénéré (ganglions néoplasiques).

Depuis, sur de nombreux cas d'anus iliaques que nous avons eu l'occasion d'établir, nous avons constaté que la formation d'adhérences solides était notablement moins précoce qu'on ne le croit généralement ; aussi nos préférences sont-elles pour la méthode autrichienne, *lorsque celle-ci est applicable* et qu'il n'y a pas urgence absolue à pratiquer d'emblée l'entérostomie.

XLII. — Deux observations de cancer de l'intestin avec phlegmon pyostercoral (*Bull. Soc. anat.*, janvier 1890, 5e série, t. IV, fasc. 2, p. 37 à 42).

Observation I. — Cancer du côlon descendant ; phlegmon de la paroi abdominale du côté gauche : ouverture au thermocautère ; amélioration passagère : mort douze jours après.

Obs. II. — Cancer annulaire du côlon transverse ; phlegmon de la paroi abdominale latérale gauche : ouverture au thermocautère ; amélioration passagère : mort vingt et un jours après.

C'est là, croyons-nous, une complication *assez fréquente* des

néoplasmes du gros intestin et qu'il faut toujours soupçonner quand il s'agit de débrider un phlegmon pariétal de l'abdomen.

XLIII. — **Kystes hydatiques multiples du foie, de la rate, de l'épiploon et du pelvis. Cancer de l'estomac et de l'utérus** (*Bull. Soc. anat.*, avril 1889, 5e série, t. III, fasc. 13, p. 317 à 320).

Cette observation présente comme particularités remarquables:

1° Le volume et le nombre des kystes hydatiques;

2° La nature différente de leur contenu (hydatides vivantes, flétries, kystes suppurés);

3° Le déplacement considérable des organes;

4° L'erreur de diagnostic avec un kyste de l'ovaire;

5° La coexistence des lésions carcinomateuses de l'estomac et de l'utérus;

6° La longue survie de la malade traitée pendant onze ans par deux ponctions simples à sept ans d'intervalle.

L'abdomen contenait douze kystes dont l'ensemble pesait vingt et un kilogs.

XLIV. — **Des fistules biliaires consécutives à l'opération de la cure radicale des kystes hydatiques.** Avec leçon de M. le professeur Verneuil, **sur les indications thérapeutiques et le traitement des kystes hydatiques du foie** (*Gazette médicale de Paris*, novembre 1890, n° 45, p. 531 à 534 et 46, 541 à 544).

Dans ce travail, nous attirons l'attention sur une complication déjà signalée (1) du traitement des kystes du foie et sur laquelle les auteurs se sont en général peu étendus. M. Potherat indique déjà que l'écoulement biliaire peut être considérable, et nous avons montré que lorsqu'il est abondant il constitue une comcomplication *grave* du traitement pouvant entraîner la mort. Avec Wechselmann nous admettons la dilatation ampullaire des cana-

(1) Wechselmann, *Centralblatt für Chir.*, 1885. — Braine, *Traitement des kystes hydatiques du foie*. Th. de Paris, 1886. — Demars, *Kystes hydatiques du foie*. Th. de Paris, 1888. — Potherat, *Contribution au diagnostic et au traitement chirurgical des kystes du foie*. Th. de Paris, 1889, avec observations de divers auteurs. — Tillaux, *Bull. Soc. de chir.*, 1890.

licules biliaires oblitérés par places, dilatés en d'autres, et sur nos pièces ces *varices biliaires* se présentaient avec une grande netteté.

Nous en tirons comme conclusions thérapeutiques, que, si l'incision du kyste est petite, les injections doivent être poussées avec une extrême douceur ; si l'incision est large, le tamponnement modéré mais exact de la cavité sera indiqué pour lutter efficacement contre les variations de pression auxquelles sont soumis les canalicules biliaires dilatés après soustraction du liquide.

XLV. — **Corps étrangers de la cavité péritonéale : extirpation, guérison** (*Bull. Soc. anat.*, octobre-novembre 1894, 5e série, t. VIII, fasc. 23, p. 780 à 781).

Extraction d'une épingle à chapeau, longue de douze centimètres, ayant séjourné dans la cavité abdominale d'une femme enceinte pendant vingt-quatre heures. Ce cas, outre le problème étiologique qu'il soulève, est intéressant en ce que la migration du corps étranger, constaté le matin dans l'hypochondre gauche et extrait le soir par une simple incision au niveau de la fosse iliaque gauche, ne s'est accompagnée d'aucune lésion de l'intestin.

XLVI. — **Orifice herniaire anormal du grand oblique pris pour une hernie graisseuse de la paroi. Laparotomie. Aponévrorrhaphie** (*Bull. Soc. anat.*, juin 1892, 5e série, t. VI, fasc. 17, p. 433 à 436).

Il s'agit d'une véritable division elliptique de l'aponévrose du grand oblique observée chez une femme obèse, siégeant en pleine paroi abdominale et créant un hiatus, analogue à l'orifice inguinal, mais de dimensions plus étendues, sans qu'il y eût, à proprement parler, d'éventration.

M. Lucas-Championnière nous a dit n'avoir point eu l'occasion d'en observer d'exemple.

Le traitement consiste dans la suture aponévrotique des lèvres de l'orifice, avec ou sans résection du sac.

XLVII. — **Occlusion intestinale par bride. Laparotomie. Guérison** (*Bull. Soc. anat.*, octobre 1892, 5e série, t. VI, fasc. 24, p. 629 à 634).

Nous insistons sur la nécessité d'intervenir de bonne heure, sur la difficulté de la recherche des brides profondes, que M. A. Broca dit fréquentes vers l'angle iléo-cæcal, et que nous croyons également fréquentes vers la région duodénale.

Chez notre malade, l'administration intempestive d'opium après l'opération a amené le retour d'accidents qui ont compromis un instant le résultat. En thèse générale, nous pensons que, lorsque l'opération a eu seulement pour but de lever un agent d'étranglement, il est préférable de s'abstenir de l'administration des opiacés qui augmente la stase stercorale. Il y a au contraire avantage, au cas où le cours des matières ne s'est pas rétabli au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, à faciliter les évacuations intestinales par un purgatif administré à doses réfractées.

XLVIII. — **Appendicocèle inguinale. Étranglement. Kélotomie. Guérison. Réflexions sur l'étranglement herniaire partiel** (*Bull. Soc. anat.*, juillet 1892, 5e série, t. VI, fasc. 19, p. 499 à 505).

XLIX. — **Hernie de l'appendice iléo-cæcal. Remarques et observations** (1).

A. Nous insistons, outre l'observation d'un malade que nous avons guéri et chez lequel l'appendice seul était hernié et étranglé, sur ce fait que, dans l'étranglement herniaire vrai, c'est-à-dire comprenant la totalité d'une anse, l'appareil symptomatologique est au complet et les symptômes au maximum. Il y a vomissements précoces et, presque d'emblée, suppression *totale* du cours des matières et des gaz.

Chaque fois que l'arrêt des matières et des gaz est tardif ou que cet arrêt porte sur les matières seulement, il y a presque certitude que l'étranglement est partiel et qu'il répond à l'un des quatre types suivants :

(1) *In* Thèse de Alti, *Appendice iléo-cæcal et ses hernies*. Paris, 1894).

1° Pincement latéral de l'intestin;

2° Pincement d'une frange épiploïque seule;

3° Étranglement d'un diverticule ou d'un appendice intestinal (appendice iléo-cæcal);

4° Péritonite herniaire, épiploïte.

B. Nous avons donné des hernies de l'appendice iléo-cæcal seul la classification suivante :

1° D'après le contenu de la hernie.

a. Hernies appendiculaires essentielles.
b. — cæco-appendiculaires.
c. — appendiculo-cæcales.
d. — appendiculo- { viscérales (entéro-appendiculaires). / génitales (congénitales), ou génito-appendiculaires.
e. — complexes.

2° D'après leur développement.

- *a. Primitives.*
  - appendiculaires essentielles,
    - simples.
    - compliquées.
      - étranglement.
      - adhérences.
      - épiploon.
      - corps étranger.
      - appendicite.
      - tumeur.
  - appendiculo-cæcales.
- *b. Secondaires.*
  - génito-appendiculaires.
  - entéro —
  - cæco (1) —
- *c. Associées.*

3° D'après leur siège.

- a. Droites.
  - inguinales.
  - crurales.
  - ombilicales ou adombilicales.
  - obturatrices.
- *b*. Ectopiques.

Nous avons surtout étudié sous le nom de « appendicocèle pure » les hernies appendiculaires essentielles qui ont fait récemment l'objet d'un bon travail d'ensemble de Brieger et de différents Mémoires de Schmitt, Schwartz, Lyot, Reclus, Le Dentu, Pollosson, etc.

(1) Voir Duplay, *Archives de médecine*, 1876.

L. — La perforation intestinale comme complication de la contusion herniaire (*Bull. Soc. anat.*, octobre 1892, 5e série, t. VI, fasc. 25, p. 660 à 663).

A propos d'un cas de rupture d'une hernie inguinale par passage d'une roue de voiture, nous attirons à nouveau l'attention sur la contusion herniaire grave signalée dès 1865 par notre cher maître M. le professeur Verneuil dans son article AINE du *Dictionnaire*. Je fis l'entérorrhaphie circulaire, mais il y avait péritonite préopératoire (le malade étant resté sans aucun secours pendant quarante-huit heures) : il mourut quinze heures après l'intervention.

Aussi nous rallions-nous à la conclusion de M. Verneuil : « *En cas de contusion herniaire violente, si vous avez le moindre doute, il faut ouvrir le sac.* »

LI. — Rupture de l'estomac de cause indirecte (Chute sur les ischions (*Bull. Soc. anat.*, mai 1889, 5e série, t. III, fasc. 14 et 15, p. 352 à 356).

On peut rapporter à trois théories la pathogénie de ces ruptures. (Nous ferons remarquer que ces ruptures de l'estomac sont infiniment rares, eu égard à celles de l'intestin que mentionnent la plupart des auteurs ; notre maître, M. Peyrot, les signale dans son Traité classique, mais il n'envisage que les contusions directes. Notre cas est donc sans doute unique.)

1° Section *directe* entre l'agent contondant et la colonne vertébrale (Jobert, Forget, Legouest, Chavasse) ;

2° Le refoulement de l'estomac distendu par les matières alimentaires (Küss et Chauveau) ;

3° L'éclatement (Faurot).

E. — Maladies vénériennes.

LII. — **Contribution à l'étude du diagnostic des chancres vénériens** (*Progrès méd.*, déc. 1886, n° 51, p. 1091 à 1093 et janvier 1887, n° 1, p. 3 à 8).

Dans ce travail, après avoir démontré successivement l'incertitude de la plupart des signes rationnels de diagnostic entre le chancre syphilitique et le chancre mou dans les cas non typiques, nous étudions spécialement le procédé proposé par M. Balzer (de Paris) (*Soc. de biologie*, séance du 20 mars 1886) et par M. Leloir (de Lille), et basé sur la recherche des fibres élastiques. D'après ces auteurs, la constatation des fibres élastiques dans les produits de raclage du chancre permet d'affirmer qu'il s'agit d'un chancre mou, observation déjà faite par Cusco (1), mais non appliquée jusqu'alors à la clinique.

Nous appuyant sur l'examen histologique des produits de soixante-douze chancres pris au hasard, statistique qui s'est enrichie depuis notre publication de nombreux autres cas, nous pouvons conclure :

1° Si l'on trouve des fibres élastiques dans la préparation, la lésion peut être un chancre simple ou un chancre syphilitique, mais jamais d'herpès ;

2° Si l'on ne trouve pas de fibres élastiques, il s'agira probablement d'un chancre syphilitique.

Cependant on ne peut accorder à ce procédé toute la rigueur que lui ont attribuée les auteurs précédents, et il est passible de causes d'erreurs, comme d'ailleurs l'inoculation elle-même, et à peu près dans les mêmes proportions.

LIII. — **Traitement chirurgical du chancre syphilitique non compliqué** (*Gazette médicale*, 1887, n° 10, p. 110 à 113 et n° 12, p. 136 à 138).

Sous ce titre nous étudions les bénéfices que l'on peut retirer, tant au point de vue de la guérison locale que de l'évolution ultérieure de la syphilis :

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1862, n° 76, p. 301.

1° De la cautérisation actuelle qui hâte la résolution du syphilome primitif et des indurations consécutives;

2° De l'excision, lorsque celle-ci est rendue bénigne *par la localisation anatomique* du chancre : elle permet d'obtenir la guérison extemporanée du chancre : bien faite, elle ne s'accompagne pas d'induration de la cicatrice qui reste elle-même inappréciable ; enfin elle pourrait, a-t-on dit, atténuer peut-être les accidents ultérieurs de l'infection syphilitique (?).

LIV. — Contribution à l'étude du traitement abortif de la syphilis par l'excision du chancre (*Gaz. méd.*, août 1888, n° 31, p. 365 à 368; n° 32, p. 375 à 379; n° 33, p. 387 à 389 ; n° 34, p. 402 à 404).

A l'exemple d'un grand nombre d'auteurs, Mauriac, Horteloup, Bertheluz Hill, Leloir, Chadzynski, Auspitz et Unna, et de la plupart des syphiligraphes, nous avons fait une série de tentatives sur ce sujet intéressant.

Nos expériences ont porté sur dix cas de chancres syphilitiques non douteux et nous ont amené à reconnaître que l'excision du chancre constitue, en tant que traitement abortif de la syphilis, une méthode douteuse et infidèle, qu'elle ne semble même pas avoir une influence notable sur l'atténuation de l'infection, mais que cependant il est possible d'obtenir, sous des conditions encore impossibles à déterminer exactement, de très rares succès.

LV. — Essai de traitement des plaques muqueuses hypertrophiques par les applications de tannin (*Gaz. méd. de Paris*, 28 février 1891, n° 9, p. 101 à 102).

Ce topique jusqu'alors non prescrit, croyons-nous, nous a donné des résultats remarquables, principalement dans le traitement des plaques muqueuses hypertrophiques de l'anus : c'est le topique de choix que nous prescrivons toujours dans ces cas, uni aux lavages de sublimé.

LVI. — Traitement de la blennorrhagie par les injections d'huile iodoformée (*Progrès médical*, 5 mars 1887, n° 10, p. 190 à 194).

Ce traitement inédit de la blennorrhagie mérite mieux que l'incrédulité avec laquelle il a été accueilli : nous ne comptons plus actuellement les guérisons totales que nous lui devons. Les injections d'huile iodoformée (*huile* 60, *iodoforme* 10), répétées trois fois par jour suivant une technique soignée, permettent :

A. D'obtenir en vingt-quatre heures la sédation de la douleur;

B. D'obtenir la guérison en un laps de temps qui varie de douze à quatorze jours.

Mais cette méthode de traitement doit être employée d'une façon précoce, dans les huit premiers jours à partir du début de l'écoulement. Elle suppose naturellement le régime alimentaire habituel.

LVII. — Essai de traitement méthodique de la blennorrhagie régulière chez l'homme (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, juin 1891, p. 395-418).

Ce travail résume les conclusions auxquelles nous sommes arrivé dans le traitement de la blennorrhagie de l'homme.

A l'exemple de Diday nous adoptons, avec quelques restrictions, l'injection abortive au nitrate d'argent pratiquée du premier au troisième jour de l'affection.

A la période aiguë nous préférons à toute autre l'injection d'huile iodoformée que nous avons décrite dans un travail précédent.

A la période de déclin nous pensons que l'usage des balsamiques reste indiqué : si cependant cette période se prolonge au delà de deux ou trois mois, on pourra retirer de réels avantages des instillations *précoces* de nitrate d'argent, faites suivant la méthode de M. le professeur Guyon.

En cas de blennorrhée, c'est encore aux instillations de nitrate d'argent faites suivant un « rituel » spécial en deux séries de six à huit séances chacune, d'abord avec la solution à 1/50 (1re *série*) puis avec la solution à 1/30 (2e *série*) qu'il faudra avoir recours.

Unie à un régime sévère, qui doit être de rigueur pendant toute la durée de la blennorrhagie, cette méthode amène, dans l'immense majorité des cas, une guérison complète et durable.

LVIII. — Traitement de l'orchite blennorrhagique par la teinture d'anémone pulsatile (1).

Cette méthode de médication interne, signalée par le Dr Borcheim (*Glasgow med. Journ.*, 1884), par M. le Dr Martel (de Saint-Malo) (*Bullet. de thérap.*, 16 février 1885) a donné, d'après ces auteurs, d'excellents résultats.

Nous avons fait sur ce sujet quelques expériences dans le service de notre excellent maître le Dr Humbert, à l'hôpital du Midi, et ces recherches (cinquante observations inédites) ont été publiées par le Dr Dormand.

Elles semblent prouver que la teinture d'anémone prise à la dose de trente gouttes dans les vingt-quatre heures amène la disparition rapide de la douleur, mais nous ne pensons pas que cette médication ait sur la résolution de l'affection une action bien manifeste et, pour ce dernier motif, nous préférons de beaucoup la méthode suivante :

LIX. — La pulvérisation phéniquée dans le traitement de l'orchite blennorrhagique (2) (*Gaz. méd.*, octobre 1891, n° 41, p. 517 à 520, et novembre 1891, n° 45, p. 532 à 534).

Grâce à la pulvérisation phéniquée répétée deux fois par jour, le traitement de l'orchite blennorrhagique dans les hôpitaux atteint le minimum de durée et le maximum de simplicité. La douleur cesse dès les premières pulvérisations et la résolution complète est beaucoup plus rapidement obtenue que par les autres méthodes habituelles.

(1) *In* Thèse de Dormand. Paris, 1889.
(2) *En collaboration* avec Fosse.

LX. — Essai de traitement méthodique de l'orchite blennorrhagique (1).

Dans sa thèse inaugurale M. le docteur Betances, ajoutant aux nôtres quelques observations nouvelles, passe en revue les différents modes de traitement de l'orchite blennorrhagique et conclut en faveur de la pulvérisation phéniquée.

LXI. — Contribution à l'étude du traitement de quelques lésions sous-préputiales (2).

Notre ami le Dr Gauillard a bien voulu rédiger ce travail sur nos conseils : il contient, outre les observations recueillies à l'hôpital du Midi (service de M. Humbert) :

1° Le traitement, suivant notre pratique :

a. Des balano-posthites simples ;

b. Des balano-posthites virulentes (blennorrhagie et chancre) ;

2° Les indications de l'incision dorsale du prépuce ;

3° Les indications de l'excision circulaire du prépuce ;

4° Le manuel opératoire de l'opération dite « du jabot préputial ».

F. — Maladies des organes génito-urinaires.

LXII. — Note sur un cas de tuberculose du testicule à début aigu (*Bull. Soc. anat.*, janvier 1887, 3e série, t. I, p. 1 à 5).

L'extrême fréquence de ce mode de début de l'épididymite tuberculeuse, signalée par M. le professeur Duplay, MM. Reclus et Terrillon, etc., est aujourd'hui universellement admise. La tuberculose de l'épididyme peut affecter trois formes de début.

1° Forme chronique d'emblée ;

2° Forme aiguë d'emblée (très fréquente et d'un diagnostic parfois délicat).

(1) *In* Thèse de Betances. Paris, 1893.

(2) *In* Thèse de Gauillard. Paris, 1888. *Contribution à l'étude des complications du phimosis et au traitement de quelques lésions sous-préputiales.*

3° Substitution d'une tuberculose de l'épididyme à une épididymite préalablement blennorrhagique.

XIII. — **Tumeur à tissus multiples du testicule** (1) (*Bull. Soc. anat.*, 1891, fasc. 10, p. 349).

Observation provenant du service de M. le professeur Tillaux, et qui sera publiée in extenso dans les *Leçons cliniques de la Pitié et de la Charité*.

LXIV. — **Hématocèle traumatique du scrotum consécutive à une fracture du bassin. Gangrène. Décortication des testicules. Guérison.** (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, novembre 1887, p. 668-672).

C'est la relation d'un cas observé chez notre cher maître le Dr Polaillon, et pour lequel j'ai dû intervenir en réséquant la presque totalité du scrotum. C'est un type d'hématocèle par infiltration des parois du scrotum.

LXV. — **De l'emploi de la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée** (*Gaz. méd., de Paris*, 1887, 30 avril-7 mai 1887, nos 18 et 19, p. 208 et 217).

LXVI. — **Contribution à l'étude de quelques procédés d'anesthésie par la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée** (Remarques) (2).

LXVII. — **Remarques sur les accidents imputables à l'anesthésie par la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle. Expériences et observations** (3).

Nous croyons avoir été un des premiers en France, à préconiser avec M. Bazy, notre maître, l'anesthésie locale par la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée. Nos recherches sur ce sujet, contemporaines de celles de M. Périer publiées postérieurement aux nôtres dans la thèse de son élève Baillet (4),

(1) *En collaboration* avec Pilliet.
(2) *In* Thèse de R. Spillmann. Paris, 1889.
(3) *In* Thèse de Larabrie. Paris, 1895.
(4) Thèse de Paris, mai 1887.

sont, comme celles de cet auteur, absolument démonstratives en ce qui concerne la valeur du procédé ; mais nous devons à la vérité de dire que, dès 1884, M. le Dr Burdel (de Vierzon) avait déjà employé cette méthode : la discussion qui s'est élevée le 25 juin 1887 à la Société de médecine établit nettement la priorité de M. Burdel.

Cependant le procédé que nous avons employé, sur les conseils de M. Bazy, diffère notablement de celui qu'ont décrit MM. Burdel et Périer. Tandis que ces auteurs vident au préalable la vaginale de son contenu et injectent la solution de cocaïne avant de pratiquer l'injection iodée, nous injectons la solution de cocaïne dans le liquide même de l'hydrocèle, à travers la peau, à l'aide d'une bonne seringue de Pravaz.

Cette manière de faire nous a semblé préférable et plus efficace, car elle permet le contact de l'analgésique avec toute l'étendue de la paroi vaginale non plissée, comme cela se produit après l'évacuation du liquide de la vaginale ; en second lieu, nous sommes certain d'injecter la solution de cocaïne dans la cavité vaginale même et non dans le tissu cellulaire des bourses, circonstance qui, à notre avis, peut rendre compte de certains accidents observés, car nous croyons, avec M. de Larabrie, que la vaginale n'absorbe pas plus rapidement que le tissu cellulaire. Cependant le cas retentissant publié par M. le professeur Berger, avec une remarquable équité scientifique, nous a engagé à modifier nos conclusions premières et, sans abandonner cette précieuse méthode, à restreindre de beaucoup les doses de cocaïne injectées : l'anesthésie obtenue reste d'ailleurs suffisante.

LXVIII. — **Cancer de la face latérale droite de la vessie comprimant l'uretère droit. Absence congénitale du rein et de l'uretère gauches Phénomènes urémiques** (*Bull. Soc. anat.*, avril 1883, 5e série, t. II, p. 368-372).

Ce cas est remarquable par le siège anormal de la tumeur et par la coïncidence fatale de la présence d'une tumeur provoquant l'obstruction mécanique de l'uretère droit, alors que le rein gauche n'existait pas.

LXIX. — **Note sur plusieurs concrétions phlébolithiques du plexus recto-vésical** (*Bull. Soc. anat.*, mars 1891, 5e série, t. V, p. 158-159).

Nous avons publié ce cas à cause de l'abondance et du volume des concrétions veineuses dont plusieurs étaient notablement plus grosses qu'un pois.

LXX. — **Modification à l'opération du phimosis par le procédé dit de Vidal de Cassis** (*Bull. Soc. anat.*, février 1891, 5e série, t. V, fasc. 4, p. 97 à 100).

LXXI. — **Circoncision** (*Bull. Soc. anat.*, février-mars 1891, 5e série, t. V, fasc. 6, p. 160).

LXXII. — **De la circoncision envisagée principalement chez l'adulte. Manuel opératoire et pratique simplifiée de l'opération. Soins préliminaires et consécutifs** (*Gazette médicale de Paris*, avril-mai 1891, no 16, p. 180-184; no 17, p. 193-195; no 18, p. 205-208; no 19, p. 219-222; no 20, p. 230-233; no 21, p. 243-245).

La grande expérience que nous avons pu acquérir à l'hôpital du Midi dans ce genre d'opération, et que nous avons complétée depuis pendant notre séjour dans les divers hôpitaux où nos maîtres et nos collègues nous ont adressé des malades, nous a permis de réunir une statistique de cent trente cas environ opérés par nous chez l'adulte.

Nous nous sommes arrêté au procédé de Vidal de Cassis sans passage préalable des fils; mais au lieu d'incliner la pince, comme le recommandent tous les classiques, obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, de façon à retrancher plus de téguments à la face dorsale du prépuce, nous conseillons de diriger la pince au moins perpendiculairement à l'axe de la verge, et plutôt même obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, en sens inverse de l'obliquité du gland. De cette façon, en tenant compte de l'inégale rétractilité de la peau à la face dorsale et à la partie inférieure du prépuce, on obtient une amputation circulaire type du fourreau, et une circulaire type du feuillet muqueux dont l'affrontement est alors d'une facilité extrême : on évite donc l'encoche angulaire située au niveau du frein que

donnent la plupart des autres procédés, d'où rapidité de l'opération (six minutes environ, ce qui peut permettre d'opérer sans anesthésie), perfection de la réunion et absence de cicatrice visible.

Dans notre travail d'ensemble sur la posthetotomie nous indiquons dans tous leurs détails les desiderata et la technique de cette délicate intervention qui exige un résultat esthétique parfait trop rarement obtenu.

G. — Maladies des organes génito-urinaires de la femme.

LXXIII. — **Note sur un kyste inguinal chez la femme** (*Bull. Soc. anat.*, juillet 1889, 5e série, t. III, p. 470-472).

Cette observation concerne un kyste probable d'origine dartoïque.

LXXIV. — **Tuberculose rénale et utérine. Cystite. Néphrectomie** (*Bull. Soc. anat.*, 1891).

Observation et présentation d'un rein tuberculeux avec cavernes. La néphrectomie fut suivie de mort. On constata à l'autopsie une ulcération tuberculeuse de l'utérus.

LXXV. — **Des kystes du parovaire avec persistance du canal de Gærtner** (1).

L'auteur a pris pour base de son travail l'observation d'une malade opérée par nous, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Tillaux. Il insiste sur la nécessité d'enlever aussi complètement que possible le processus au niveau duquel pourrait se former une récidive. Nous n'avons pu, dans ce cas, faire le diagnostic de la présence du canal de Gærtner, mais cela peut être possible. Enfin la présence du canal de Gærtner en continuité avec le kyste que nous avons enlevé est une preuve en faveur de la théorie du développement des kystes du parovaire

(1) *In* Thèse de Girerd. Paris, 1894.

aux dépens des restes de la portion génitale et non urinaire du corps de Wolf. M. Pilliet a fait l'examen de cette pièce.

LXXVI. — **Kyste hématique à myéloplaxes du ligament large** (1) (*Bull. Soc. anat.*, octobre 1894, 5e série, fasc. 19, p. 682 à 685).

Observation d'un kyste du ligament large dont la nature histologique est assez difficile à expliquer. On peut, d'après Pilliet, croire soit :

1° A une grossesse tubaire ancienne devenue interstitielle, les cellules à noyaux multiples n'étant que des débris de l'ectoplacenta fœtal;

2° A un fibromyome hémorrhagique et kystique dont les vaisseaux ont pris le caractère sarcomateux que M. Pilliet a déjà eu l'occasion de signaler dans les fibromes de l'utérus proprement dits.

II. — Chirurgie des membres.

LXXVII. — **Essai de traitement méthodique et rationnel des ulcères de jambe** (2).

Nous croyons être arrivé à des résultats très satisfaisants dans le traitement des ulcères de jambe en faisant concourir à ce but divers éléments :

1° Traitement général de la diathèse arthritique (*phlébosclérose*);
2° Traitement de l'ulcère proprement dit (*traitement primitif*);
3° Consolidation de la cicatrice (*traitement secondaire*).

Voici le résumé des procédés qui composent cette méthode de traitement : on remarquera que le repos n'y est pas signalé comme *indispensable*, mais seulement comme moyen adjuvant précieux : on peut donc, sauf dans les cas graves, guérir les ulcères de jambe sans exiger le repos du malade, et on conçoit l'importance du fait, si on remarque que la plupart des ulcères surviennent chez les travailleurs et les malades de la classe peu aisée.

(1) *En collaboration* avec Pilliet.
(2) *In* Thèse de Vaugrente. Paris, 1894.

1° *Traitement général :*

Iodure de potassium....................	15 grammes.
Teinture d'iode..............................	XXX gouttes.
Eau....................................	300 grammes.

Une cuillerée à bouche par jour. Applicable également aux ulcères d'origine syphilitique.

2° *Traitement de l'ulcère.*

a. Détersion par le chlorure de zinc à 1/20 et même 1/10.

b. Application d'emplâtre de Vigo (*topique héroïque*) qui favorise : 1° le bourgeonnement ; 2° l'épidermogenèse.

Les avantages de ce pansement sont d'être : rare, simple et *constamment efficace;* il dispense presque toujours de la méthode des greffes.

3° *Consolidation de la cicatrice.* Elle doit être obtenue par l'emploi de divers procédés que nous réunissons sous les noms de méthode kératogénique et kératoplastique.

M. Filleul (1) a déjà fait ressortir les avantages de cette méthode.

Les agents kératoplastiques peuvent être :

A. Des topiques : acide picrique, acide pyrogallique ;

B. Des agents physiques : kératoplastie par la chaleur (surchauffage dans un four ; rayons solaires (2) ; kératoplastie par la ventilation.

Nous avons depuis démontré dans le service de M. le professeur Tillaux, où ont été faites ces expériences avec la collaboration de M. Bouglé son interne, que les ulcères de jambe se cicatrisent rapidement sous la seule influence du surchauffage au four. C'est un procédé de traitement économique et *très efficace.*

LXXVIII. — **Tumeurs néoplasiques des doigts** (3).

Cette thèse contient plusieurs observations de malades opérés

(1) Thèse de Paris. *Traitement des brûlures par l'acide picrique* (1894).

(2) M. Hammer, de Stuttgart (2e *Congrès de la Soc. all. de chir.*, Leipzig, 1891), fait remarquer l'action de la lumière sur le développement des formations cornées.

(3) *In* Thèse de Lucas. Paris, 1894.

par nous, en particulier une observation de fibro-lipome du derme de la paume de la main situé au niveau de la base du pouce ; c'est là un siège d'élection sur lequel nous attirons l'attention et dont nous possédons déjà trois observations inédites, dont deux personnelles.

LXXIX. — Traitement des verrues par la médication interne (1).

A l'exemple du Dr Chambers (de Boston), nous avons cherché à traiter les verrues multiples des adolescents par l'administration à l'intérieur de magnésie calcinée à la dose de 60 centigrammes à 1 gramme par jour. Continuée pendant vingt à vingt-cinq jours, cette médication peut amener l'aplatissement puis la disparition des saillies verruqueuses, et quelque paradoxal que paraisse ce résultat, le procédé mérite d'être essayé à nouveau. La difficulté de revoir les malades d'hôpital nous empêche d'être plus affirmatif, mais nous avons obtenu d'incontestables guérisons.

LXXX. — **Dilatation ampullaire de la veine fémorale. Difficulté du diagnostic. Complications** (*Bull. Soc. anat.*, juin-juillet 1892, 5e série, t. VI, fasc. n° 18, p. 494 à 497).

Étude d'une variété rare de tumeurs vasculaires du pli de l'aine qui comprennent :

1° Les anévrysmes vrais de la racine de la cuisse ;

2° Les angiomes ;

3° Les dilatations veineuses.

Celles-ci, indépendantes des varices proprement dites, peuvent porter soit sur la saphène interne ordinairement près de son embouchure (assez fréquentes), soit sur la veine fémorale elle-même. (Voir sur ce sujet la thèse de M. Ducourtioux, de Dun-le-Pelletan, qui regarde l'affection comme exceptionnelle.)

Dans ce cas elles sont souvent prises pour une hernie : le taxis en est fort dangereux et dans un cas que nous rapportons, la mort immédiate par embolie en fut le résultat.

(1) *In* Thèse de Lucas. Paris, 1894.

Chez la malade que nous avons opérée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Verneuil, la même erreur de diagnostic avait été faite par un confrère de la ville ; à la suite des efforts de taxis, il survint une phlébite et la tumeur devint irréductible. Elle nous fut adressée avec le diagnostic épiplocèle ; nous dûmes intervenir et la résection de la veine dilatée fut suivie de guérison définitive.

LXXXI. — **Note sur une affection non décrite du derme sous-unguéal. Durillon sous-unguéal** (*Bull. Soc. anat.*, mars 1888, 5e série, t. II, fasc. 11, p. 332 à 338).

LXXXII. — **Du durillon sous-unguéal. Signes et diagnostic** (Avec un rapport de Villar. *Bull. Soc. anat.*, janvier 1889, 5e série, t. III, p. 47-48).

Sous le nom de *durillon sous-unguéal* nous avons signalé une curieuse affection jusque-là passée inaperçue de la région sous-unguéale du gros orteil. Notre premier cas a été observé dans le service de M. le professeur Le Fort, qui nous a engagé à le publier. L'affection est caractérisée :

1° Au point de vue anatomique, par la présence entre la face dorsale de la phalangette du pouce et la face inférieure de l'ongle d'un durillon ou cor qui soulève légèrement l'ongle sans en provoquer la chute ;

2° Au point de vue symptomatologique :

a. Par une légère saillie de l'ongle, saillie qui peut d'ailleurs manquer ;

b. Par une douleur vive réveillée par la pression au niveau de la partie moyenne de l'ongle ;

c. Par l'impossibilité du port de chaussures ;

d. Enfin par la douleur persistante, même pendant le repos, et *augmentant fréquemment à la chaleur du lit* (cor hygroscopique).

Il y a lieu de pas confondre le durillon sous-unguéal avec l'ongle incarné, les différents papillomes et les épithéliomas sous-unguéaux dont s'est occupé M. Toupet, non plus qu'avec l'exostose sous-unguéale, affection de nature toute différente. Le

traitement consiste essentiellement dans l'avulsion de l'ongle suivie d'exérèse de la tumeur pratiquée *profondément* à la curette.

I. — CHIRURGIE DES OS.

LXXXIII. — **Thérapeutique des maladies osseuses** (1).

Cet ouvrage en préparation fait partie de la *Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale* publiée sous la direction MM. Dujardin-Beaumetz et Terrillon.

LXXXIV. — **De l'ecchymose dans les fractures de métatarsiens** (*Bull. Soc. anat.*, 1888).

LXXXV. — **Valeur séméiologique de l'ecchymose dans les fractures des métatarsiens** (*Gazette médicale de Paris*, mars 1889, p. 135-137).

Si l'on consulte les classiques, on constate que les fractures des métatarsiens sont rares et que leurs signes sont assez inconstants. Nous croyons avoir démontré :

Que l'ecchymose qui en résulte est, dans certains cas, caractéristique et peut être décomposée en :

a. Une ecchymose primitive dorsale du pied (*sans valeur*);

b. Une ecchymose primitive sous-malléolaire externe (*non caractéristique*) ;

c. Une ecchymose plantaire oblique *tardive* (*signe de probabilité*) ;

d. Une ecchymose digitale *tardive* constituée par des languettes ecchymotiques qui suivent le tendon des interosseux et remontent en écharpe sur le dos de l'orteil correspondant (*signe pathognomonique*); mais pour avoir toute sa valeur cette ecchymose doit être tardive.

On peut même se demander si l'ecchymose des orteils ne peut faire présumer, outre la présence d'une fracture, le siège de cette fracture au niveau d'un ou de plusieurs métatarsiens.

(1) *En collaboration* avec M. Terrillon.

LXXXVI. — **Étude expérimentale de la traction par les poids dans le traitement des fractures du fémur par l'extension dans la rectitude** (*Gazette médicale*, juin-septembre 1891, n° 24, p. 277-279; n° 25, p. 291-292; n° 26, p. 303-304; n° 28, p. 325-326; n° 30, p. 350-353 ; n° 32, p. 375-377; n° 34, p. 400-403; n° 36, p. 424-426; n° 38, 443-448 et n° 39, p. 459-466).

Notre travail, un des premiers écrits dans cet ordre d'idées, se compose de trois parties :

Première partie : *Considérations générales.*

1 Introduction ;

2° Notice historique ;

3° Des résultats comparatifs fournis par l'immobilisation et l'extension ;

4° Les résultats des expériences cadavériques sont-ils applicables au malade ;

5° Remarques générales sur nos expériences.

Deuxième partie : *Étude de la traction effective nécessaire.*

1° De la traction comme moyen de réduction des fractures avec chevauchement ;

2° De la traction considérée comme moyen d'extension après réduction manuelle de la fracture.

Troisième partie : *Étude des résistances et de la traction stérile.*

1° Déperdition de la force effective par réflexion de la corde sur la poulie ; — Des lois qui la régissent ;

2° Les défauts de construction de la partie influent-ils notablement sur cette déperdition ;

3° Comment agit la poulie dans la traction considérée comme agent d'immobilisation ; — Influence des mouvements inconscients sur l'amplification de la force effective ;

4° Du poids du membre et du frottement comme causes de déperdition ;

5° De la traction effective au niveau du foyer de fracture comparée à la traction déployée ;

6° Applications pratiques qui résultent de cette étude; — des moyens de diminuer les causes de résistance;

7° De la traction nominale nécessaire.

Ce travail très complet est basé sur trente-sept expériences cadavériques dont nous décrivons le dispositif et les résultats.

LXXXVII. — **Confection des appareils plâtrés** (In *Précis d'assistance aux opérations*. Paris, 1892, p. 171 à 177).

Nous tenons à signaler ce chapitre qui fait partie de notre *Précis d'assistance*, à la suite de nos recherches sur quelques fractures; nous croyons en effet avoir décrit un *modus faciendi* qui diffère par plus d'un détail de la technique habituellement employée et qui donne constamment d'excellents résultats.

LXXXVIII. — **Contribution à l'étude de l'incision exploratrice dans le diagnostic topographique des ostéosarcomes périostiques. D'une cause d'erreur peu commune et peu connue** (1) (*Bull. Soc. anat.*, 5e série, t. V, février-mars 1891, fasc. 6, p. 152 à 157).

La relation de ce cas plaide en faveur de la désarticulation du membre, quelle que soit la localisation anatomique (centrale ou périostique) de l'ostéosarcome et démontre que dans la plupart des cas le canal médullaire peut présenter des néoformations sarcomateuses que le point de départ périostique ne pouvait faire prévoir.

LXXXIX. — **Tuberculose osseuse** (In *Tuberculose chirurgicale*. Paris, 1890).

XC. — **Considérations sur le traitement de l'ostéomyélite des os longs** (2).

Nous avons mis à la disposition de l'auteur une partie des matériaux que nous avons recueillis pour la rédaction de notre *Thérapeutique osseuse*, principalement en ce qui concerne le

(1) *En collaboration* avec Cazenave.
(2) *In* Thèse de Thelliez. Paris, 1894.

plombage des cavités osseuses après trépanation et évidement. Avec M. Thelliez nous faisons des réserves sur la valeur de cet ingénieux procédé, dont la mise en pratique n'est pas sans présenter des inconvénients expliqués par la grande difficulté avec laquelle on peut arriver à obtenir l'asepsie complète du tissu spongieux des os.

J. — Chirurgie articulaire.

XCI. — Note sur la pathogénie des corps étrangers organiques des articulations (*Bull. Soc. anat.*, juin 1888, 5e série, t. II, p. 660-661).

Présentation d'articulations qui démontre la réalité de la pathogénie invoquée par Laënnec pour expliquer la formation des arthrophytes.

XCII. — Tumeurs blanches. Suites immédiates et éloignées du traitement chirurgical. Choix de l'opération (In *Tuberculose chirurgicale*. Paris, 1890).

Cette étude constitue un chapitre important de notre thèse inaugurale : nous y étudions les résultats de chaque variété d'intervention et surtout les résultats éloignés des résections : nous appelons en particulier l'attention sur les remarquables succès de la résection du coude.

XCIII. — Traitement préventif de l'ankylose blennorrhagique par l'arthrotomie précoce (*Bull. Soc. anat.*, novembre 1892, 5e série, t. VI, fasc. 28, p. 712 à 715).

Le traitement de cette arthrite, ankylogène et douloureuse par excellence, doit être l'arthrotomie. Mais celle-ci, pour donner tous les résultats qu'on en peut attendre, doit être réservée aux arthrites blennorrhagiques aiguës : elle doit, de plus, être *précoce*, *large*, ayant surtout pour but de modifier la synoviale malade. Le cas que nous publions (arthrite du coude) a donné un résultat si parfait que nous sommes disposé à faire de l'arthrotomie la méthode de choix. Nous avons eu l'occasion de constater depuis,

dans le service de M. le professeur Tillaux, les succès obtenus par cette méthode, notamment dans un cas d'arthrite scapulo-humérale. Bien que notre cas soit un des premiers publiés en France, nous ne doutons pas que cette pratique ne se généralise et soit constamment appliquée au traitement préventif de l'ankylose blennorrhagique.

XCIV. — **De l'arthrotomie précoce dans le traitement de l'arthrite blennorrhagique du poignet. Observations et remarques** (1).

Nous avons pu observer, dans le service de M. Tillaux, deux cas d'arthrotomie du poignet pour arthrite blennorrhagique aiguë : l'un d'eux nous est personnel. Quel que soit notre enthousiasme pour cette méthode dans le traitement des arthrites infectieuses des grandes articulations, nous devons reconnaître que, par ses dispositions anatomiques, la région du poignet se prête mal à ce genre d'intervention (multiplicité des surfaces articulaires et des séreuses, brièveté des ligaments) et que l'arthrotomie ne peut être faite assez largement pour assurer au traitement les excellents résultats qu'il donne lorsqu'il s'agit des autres articulations, épaule, coude, genou, etc..

XCV. — **Arthrotomie transrotulienne** (*Bull. Soc. anat.*, juin 1893, 5e série, t. VII, fasc. 16, p. 416).

XCVI. — **Des arthrotomies transosseuses** (2).

Nous avons fait remarquer que, pour être efficace, l'arthrotomie devait exposer largement les surfaces articulaires et la cavité synoviale, qu'elle ait pour but de modifier la synoviale (*arthrites infectieuses*), ou d'inspecter les parois de l'articulation (*résections atypiques*). Suivant nous, la méthode de choix consiste, au genou et au coude, à sectionner en travers la rotule (procédé de Volkmann) ou l'olécrâne. Après l'acte opératoire, facilité par le

(1) *In* Thèse de Hopenhender, 1894.

(2) Remarques *in* Thèse de Tourette, 1893.

jour considérable que donne cette section (la seule qui permette l'arthrotomie large du coude), l'os est suturé au fil d'argent. La reconstitution de l'articulation est parfaite, et sur une pièce que nous avons présentée, nous avons pu constater que la réunion osseuse de la rotule était telle (quarante-deux jours après l'opération) qu'il était impossible de dire si l'os avait été sectionné.

XCVII. — **Du traitement des luxations anciennes, en particulier par les méthodes sanglantes** (*Gazette des hôpitaux*, 21 novembre 1891, n° 136, p. 1249 à 1258).

C'est une revue générale dans laquelle nous étudions, à propos de chaque opération, les résultats qu'elle a donnés dans le traitement des luxations anciennes des diverses articulations.

Après avoir posé les indications de la cure sanglante des luxations irréductibles, nous concluons en faveur de l'arthrotomie suivie, s'il est besoin, de résection : nous rejetons, au moins en principe, la ténotomie simple, l'ostéotomie et l'ostéoclasie qui ne doivent être que des méthodes de nécessité ; les indications de l'amputation ne se posent qu'exceptionnellement ; enfin il y a lieu de faire une large part au traitement consécutif, exercices, massage, etc.

On trouvera dans cette revue une importante bibliographie sur ce sujet.

V. — Publications diverses.

XCVIII. — **Leçons cliniques de M. le professeur Tillaux** (Passim in *Gazette des hôpitaux, Semaine médicale, Tribune médicale, Union médicale, Archives de gynécologie*, 1893-1895).

Nous avons recueilli, rédigé et publié dans ces journaux vingt-trois leçons cliniques inédites de notre maître.

XCIX. — **Cliniques chirurgicales de la Pitié et de la Charité** (1891-1895) recueillies et rédigées par le docteur Paul Thiéry, d'après l'enseignement de M. le professeur Tillaux (*Sous presse*).

En présence du succès qu'a toujours obtenu auprès des élèves l'enseignement si clair et si pratique de notre maître, nous nous sommes efforcé de recueillir avec soin ses leçons cliniques, pour les réunir en un volume. Cet ouvrage, de 800 pages environ, comportera cent vingt-cinq leçons cliniques rédigées par nous et sera précédé d'une préface de M. le professeur Tillaux : nous croyons, en publiant ces *Leçons*, rendre service aux nombreux élèves qui ont fréquenté la Clinique de la Charité et qui pourront relire les leçons qu'ils ont suivies avec tant d'intérêt et qui ont précédé chaque opération.

C. — **Une crémation à Göteborg** (*Gazette des hôpitaux*, septembre 1891, nº 107, p. 1001 à 1003).

C'est la description du crematorium de Göteborg (Suède), qui fait partie des *Notes* que nous avons recueillies au cours de notre mission scientifique (1890) en Écosse et dans les Pays Scandinaves.

CI. — **Le personnel médical subalterne dans les hôpitaux scandinaves** (*Gazette des hôpitaux*, 1891, 21 avril, 1891, n° 47, p. 441 et 442; 25 avril, n° 49, p. 461 et 462; 2 mai, n° 52, p. 489 et 490; 5 mai, n° 53, p. 496 à 498).

Au cours de notre mission dans les Pays Scandinaves, nous avons été vivement frappé de l'excellence du personnel subalterne des hôpitaux. Nous en avons fait l'objet d'un rapport où nous étudions successivement l'ordre des infirmières à Édimbourg, à Christiania, à Copenhague, à Göteborg et à Stockholm.

Le Kongl-Obervärterin-Skolan (école royale de surveillantes), de Stockholm fondé par la reine de Suède est surtout une école modèle dont l'organisation ne laisse rien à désirer.

Ce rapport a été présenté à M. le Directeur de l'Assistance publique.

9812-95. — Corbeil. Imprimerie Éd. Crété.